Rok XLIII. Kraków 12 Marca 1904. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O jednej postaci patologicznej zmiany w komórkach nerwowych ludzkiej kory mózgowej.

Podał

P. Pręgowski,

dr. medycyny i filozofii

Badając anatomopatologiczny stan mózgu w niedowładzie postępującym, natrafiłem na zmiany w komórkach nerwowych, których opis stanowi treść tej rozprawy. Na szesnaście badanych przezemnie przypadków, w których klinicznie (w klinice Kraepelina) i anatomicznie (w pracowni Nissla) stwierdzony został niedowład postępujący, — *a*) w ośmiu z nich zmiana, o której mowa, była typową, *b*) w sześciu można było ją wyraźnie stwierdzić obok istniejącego równocześnie innego schorzenia, o którem bliżej pomówię przy innej sposobności, a które występuje, jak już tu zaznaczę, nie tylko w najróżnorodniejszych przypadkach psychiatrycznych, lecz także i w rozmaitych chorobach wyłącznie somatycznych; *c*) w dwóch przypadkach trudno było orzec stanowczo, czy zmiana ta zachodzi w istocie, lub nie. Przytoczone wyniki analizy anatomicznej zdają się wskazywać na to, że nie jest nieprawdopodobne, że mamy tu do czynienia ze zmianą w komórkach nerwowych, odpowiadającą niedowładowi postępującemu. Czy zmiana ta występuje także w innych psychozach, nie jest mi wiadome.

Samo schorzenie przedstawia się nieco odmiennie w komórkach małych piramidowych, aniżeli w komórkach wielkich piramidowych.

W warstwie drobnych piramid zmiana odbywa się w sposób następujący: najpierw widzimy wyraźnie w ciele komórkowem prawidłową budowę siatkowatą, o grubych ścianach siatki i dość silnie zabarwionych na niebiesko, o dość znacznych okach siatki, widzialnych bardzo wyraźnie przy imersyi i okularze nr. 2. Stopniowo ciało komórki blednieje, tudzież jego budowa siatkowata zanika; zmiana ta zwykle zaczyna się od strony wypustki głównej tak, że często u podstawy komórki nerwowej zachowane jeszcze bywa wyżej opisane siatkowate ciało komórki, gdy od strony wypustki głównej jest ono już wyblakłe i nie posiada widocznej budowy siatkowatej. Ciało komórki w tym okresie schorzenia porównać można z gęstą i grubą plecionką lub tkaniną, nie jest ono bowiem — jak powiedzieliśmy — siatkowate, nie jest też masą jednorodną, ani też rozpadłą na drobne czastki. Okres ten zmiany jest przejściem do całkowitego wyraźnego rozpadu. Owa plecionka niejako wiotczeje, powstają w niej przerwy lub większe luki, wreszcie rozpada się na cząsteczki w kształcie większych lub mniejszych, grubszych lub cieńszych kropek, przecinków, kolanek i t. d., co wyraźnie odróżnia tę masę od masy ziarnistej. Równocześnie z tym rozpadem brzeg komórki nerwowej, zwykle wyraźny, dość ostry i równy, staje się zatartym, chropawym, a nawet często ulega przerwaniom. Podobnie w masie, znajdującej się wewnątrz, powstają coraz liczniejsze luki i przerwy. Dodać nadto należy, że rozmiary, jak i obrysy zewnętrzne komórek nerwowych, wraz z ich wypustkami, nie ulegają żadnym zmianom.

Obok opisanego obrazu schorzenia ciała komórki, widzimy często jeszcze i inny: zdarza się mianowicie, że wnętrze komórek nerwowych zostaje wypełnione masą, której opisane cząstki składowe są barwne, o rozmaitych odcieniach zabarwienia. W tych komórkach przeto nastąpił już wcześniej rozpad ciała komórki na ową masę, niż zblednięcie Od czego zależy, że raz następuje zblednięcie wcześniej, aniżeli rozpad, kiedyindziej zaś rozpad poprzedza zblednięcie, nie jest mi wiadome.

W jądrze nie widać zmian wybitnych, co oczywiście nie oznacza, że ich niema. Kształt jądra nie ulega zmianie. Osłonka jądra, podobnie jak jej fałdy nie zanika, wcale. Wnętrze jądra jest bardzo blade i o słabo widzialnej budowie. Że w jądrze zdają się zachodzić jakieś zmiany, przemawia za tem przedewszystkiem ten fakt, że z jądra wypada łatwo jąderko i często spotykamy jądra komórek więcej zmienionych, pozbawione jąderek. Wewnątrz jąder następować zatem musi pewne zwiotczenie i rozluźnienie tkanki, co umożliwia łatwe wypadanie jąderka.

W jąderkach — podnieść należy, że bardzo często widzimy pęcherzyki jąderkowe, wyraźnie występujące wraz z krystaloidami.

Postać zejściowa, do której prowadzi schorzenie, przedstawia się jak następuje: zewnętrzne kształty komórkowe są zachowane, wypustki utrzymane również. Ciało komórki jest rozpadłe w sposób wyżej opisany, lub też niekiedy okazuje luki i miejsca puste, ograniczone zewnętrzną ścianką komórki, która jest niekiedy również poprzerywana. Jądro zachowuje stale swą osłonkę, tudzież często jej fałdy. Jąderka zwykle brak lub się znajduje ono tuż obok komórki, znać, że w czasie przyrządzania (krajania) zostało wytrącone z wnętrza jądra. Jeszcze dalszy stopień zmiany okazuje się w postaci tworów o wypustkach odpadłych i jąderkach wypadłych, tudzież zanikłej osłonce jądra z resztkami opisanej masy, na którą się rozpada ciało komórki. Następnie prawdopodobnie i te resztki komórki znikają, jak na to zdaje się wskazywać w warstwach komórkowych kory mózgowej obecność większych przestrzeni pustych, bez komórek, z widocznemi tylko tu i ówdzie resztkami komórkowemi.

Proces chorobowy, którym się tu zajmujemy, przebiega, jak już wspomniano, nieco odmiennie w komórkach wielkich piramidowych. W komórkach tych widzimy najpierw naokoło jąder substancyę jednorodną, zabarwioną na niebiesko; nie widać w niej ani ciałek Nissla, ani jaśniejszych prążków, wskazujących na przebieg włókienek nerwowych. Te znajdują się dalej na zewnątrz od masy jednorodnej, przyczem ciałka Nissla znachodzą się w rozrzedzeniu (*rarefactio*), tj. w rozpadzie, analogicznym do rozpuszczania się cukru w płynie. Jeżeli badaną komórkę nerwową oglądamy przy wysokiem ustawieniu śruby, to widzimy tylko powstałe w jej ciele z rozpadających się ciałek Nissla, małe, nieprawidłowe punkciki, gzygzaczki, przecinki. Niekiedy zaś spostrzegamy większe, wiotkie składniki, nie zaś tak zbite i ostro ograniczone, jak tamte, grudki istoty barwnej, stanowiącej ciałka Nissla. Zanik ciałek Nissla postępuje od środka, od jądra ku obwodowi. Widzimy komórki nerwowe, w których coraz większa część ciała komórkowego, otaczającego jądro, staje się jednorodną i ciemno zabarwioną, zaś rozpadające się ciałka Nissla znajdują się tylko tu i ówdzie na obwodzie, tudzież niekiedy przy osłonce jądra od strony wypustki głównej (*Kernkappe*), jak również w miejscu odchodzenia od wypustki głównej wypustek bocznych (*Verzweigungskegel*). Wreszcie widzimy komórki nerwowe, w których wszystkie ciałka Nissla uległy zanikowi i całe ciało komórkowe przedstawia jedną masę jednorodną, zabarwioną na blado-niebiesko, lub też ulegającą już dalszemu przeobrażeniu. Przeobrażenie to polega na tem, że ciało komórki, stanowiące zabarwioną masę jednorodną, blednieje, a następnie przestaje być jednorodnem i okazuje budowę gęstej plecionki, opisanej już przy przedstawieniu zmian w komórkach małych piramidowych. Dalsza zmiana jest już ta sama, co i w komórkach małych piramidowych, a więc rozpad ciała komórki na masę, złożoną z drobnych cząsteczek różnokształtnych, powstanie przerw i luk w ciele komórki, a niemniej niekiedy i w ścianie komórki itd.

Dodać należy, że niekiedy widzimy całe ciało komórki, tak przy jądrze, jak i od strony obwodu, z rozpadłemi na cząstki ciałkami Nissla, a nadto, że cząstki te są niekiedy w kształcie zbitych ostro odgraniczonych punktów, przypominających ziarna. Wskazuje to, że rozpad ciałek Nissla odbywa się niekiedy inaczej i szybciej, aniżeli jak to wyżej przedstawiono. Niekiedy również inaczej nieco odbywa się dalsza zmiana, a mianowicie następuje wcześniej rozpad istoty wspomnianej plecionki, tudzież wcześniej powstają wśród niej przerwy, aniżeli zblednięcie, podobnie jak o tem wspomniałem przy opisie zmian w komórkach małych piramidowych.

Wyżej opisane schorzenie zwróciło na siebie już wielokrotnie uwagę badaczy, zajmujących się zmianami, występującemi w niedowładzie postępującym. Atoli trudności z jednej strony w określeniu klinicznem, a niemniej i w rozpoznaniu anatomicznem niedowładu postępującego, z drugiej zaś niemal stałe łączenie się z omówioną tu zmianą innej postaci zmiany, o której wspomniałem na początku tej pracy, a której autorowie nie odróżniali — to były, sądzę, główne przyczyny, dlaczego w piśmiennictwie, odnoszącem się do zmian w komórkach nerwowych, występujących w niedowładzie postępującym, spotykamy stale, bądź niedostateczne, bądź błędne przedstawienie zmian anatomiczno-histologicznych, o których obecnie piszemy. Niemal wszyscy autorowie (Nagy, Klippel, Boedeker, A. Juliusburger, Berger, Ballet i t. d.*) stwierdzają, że rozpad ciałek Nissla, czyli chromatoliza ma tu miejsce. Atoli żałować należy, że autorowie zazwyczaj zadowalniają się samem stwierdzeniem chromatolizy, gdy dotychczasowe bliższe badania dają nam poznać przynajmniej trzy istotnie różne rodzaje chromatolizy, przynależne do różnych procesów chorobowych. W pracach autorów, opisujących zmiany, zachodzące w komórkach nerwowych w przebiegu niedowładu postępującego, ciągle spotykamy twierdzenie o zmniejszaniu się rozmiarów komórek, zniekształtnieniu jądra, ciemnem jego zabarwieniu, o skurczeniu się wypustek i t. p. cechach, które nie należą do opisywanej tu postaci opisywanej zmiany, lecz mają miejsce w wspomnianej, a często się dołączającej zmianie. Tylko poznanie tej ostatniej pozwala poznać należycie zmianę — przez nas obecnie omówioną.

*) **Piśmiennictwo**, odnoszące się do tego przedmiotu, jest zebrane w wyczerpującym referacie prof. Dr. O. Barbacciego (Siena) p. t.: »Die Nervenzelle in ihren anatomischen, physiologischen und pathologischen Beziehungen nach den neusten Untersuchungen«. »Centralblatt f. allg. Path. und patholog. Anatomie«. X Band, pag. 757 i dalsze.

II. Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych Ameryki na podstawie własnych spostrzeżeń[1]).

Podał
Dr. Roman Barącz
Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

(Ciąg dalszy).

Resekcyę żołądka wykonują chirurdzy amerykańscy przeważnie sposobem Dra W. J. Mayo (*Rochester Minnesota*), jednego z największych specyalistów w zakresie chirurgii jamy brzusznej. Mayo jest zwolennikiem operacyi o ile możności doszczętnej. Ponieważ przy raku żołądka bywają zajęte gruczoły i naczynia chłonne nie tylko wzdłuż krzywizny małej żołądka, lecz i wielkiej, dalej wzdłuż sieci żołądkowo-okrężnicowej i żołądkowo-śledzionowej, a tylko dno żołądka jest najskąpiej zaopatrzone w naczynia chłonne, radzi Mayo pozostawiać tylko mniejszą część żołądka, należącą do jego dna. Gastrektomia sposobem Dra Mayo wykonuje się w sposób następujący: najpierw podwiązuje się sieć mniejszą i tętnicę żołądkową lewą; cięcie prowadzi się przytem jak najbliżej wątroby, przez co przemieszcza się odźwiernik. Następnie pod kontrolą palców w sieci mniejszej podwiązuje się sieć żołądkowo-okrężnicową aż do początku odejścia tętnicy żołądkowo-okrężnicowej lewej. Część odźwiernikową żołądka resekuje się termokauterem w miejscu przejścia jego w dwunastnicę, uciskując dwunastnicę i odźwiernik kleszczami Kochera. Dwunastnicę zaszywa się na ślepo szwem kapciuchowym. Żołądek resekuje się również termokauterem po założeniu silnego enterotrybu, pozostawiając prawie tylko jego dno. Ranę żołądka zaszywa się na ślepo. Następnie wykonywuje się gastrojejunostomię zapomocą guzika Murphyego i enteroenterostomię pomiędzy oboma ramionami jelita czczego.

Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis*). Przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego są o wiele częstsze w Stanach Zjednoczonych, aniżeli w Europie. Przyczyny tego należy szukać w nieodpowiedniem odżywianiu się, osobliwie ludności pracującej, szybkiem bardzo spożywaniu pokarmów na prędce i źle przyrządzonych, a może także w nadmiernem piciu, według zwyczaju amerykańskiego, wody lodowej. Co do wskazań do operacyi, to większość chirurgów amerykańskich operuje albo zaraz na początku pierwszego, choćby lekkiego napadu zapalenia wyrostka robaczk. przed upływem 24 godzin, albo zaraz po pierwszym, choćby najlżejszym napadzie. Tego zdania są specyaliści na tem polu chirurgii, jak Mc Burney, Deaver, Robert F. Weir. Po upływie 24 godz. od początku napadu, operacya jest według tamtejszych chirurgów przeciwwskazana; wtedy większość jest za podawaniem środków przeczyszczających (olej rącznikowy, kalomel), w celu usunięcia z przewodu pokarmowego zastoin kałowych, silnie drażniących i zawierających wielką ilość bardzo trujących bakteryi. Dopuszczenie do drugiego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego uważa się w Ameryce za wielki błąd lekarza ordynującego; każdy z internistów oddaje każdy przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego chirurgowi. Ta pochopność do operacyi w Ameryce w każdym niemal, choćby najlżejszego przypadku zapalenia wyr. rob. jest o tyle racyonalna, że chirurg wyjątkowo tylko dostaje przypadki zaniedbane, powikłane ropniami lub zgorzelą i przedziurawieniem wyrostka i że śmiertelność po operacyi tej choroby równa się prawie 0.

Co do techniki operacyjnej, to ta jest inną jeżeli się operuje przypadek zupełnie świeży, t. j. na początku napadu lub *à froid*, a inną znowu, jeżeli się operuje już przy istnieniu ropnia.

W przypadkach świeżych posługują się chirurdzy amerykańscy cięciem dwojakiego rodzaju, albo cięciem Mc Burneya, albo F. Kammerera. Najczęściej używanem jest cięcie Mc Burneya. Cięcie skórne prowadzi się na jeden do $1^1/_2$ cala na wewnątrz od przedniego górnego kolca kości biodrowej ukośnie ku dołowi i ku wewnątrz, wzdłuż przebiegu włókien mięśnia ukośnego zewnętrznego brzucha. Cięcie to przechodzi przez skórę i sięga tylko do powięzi mięśnia ukośnego zewnętrznego brzucha; powinno ono być długie mniej więcej na 4 cale, krzyżować linię, poprowadzoną od kolca przedniego górnego kości biodrowej do pępka, prawie pod kątem prostym, a górna 3-cia część cięcia powinna leżeć ponad tą linią. Górną część mięśnia ukośnego zewnętrznego brzucha i jego powięź odsłania się na tępo palcami możliwie szeroko, następnie przecina cięciem nieco krótszem od cięcia skórnego rozcięgno i mięsień wzdłuż cięcia skórnego, t. j. wzdłuż przebiegu włókien mięsnych. Po ujęciu tak przeciętego mięśnia zewn. brzucha w haki tępe, odsłania się znaczną powierzchnię mięśnia ukośnego wewnętrznego; włókna tego mięśnia przebiegają więcej poprzecznie i krzyżują się z włóknami mięśnia ukośnego zewnętrznego. Narzędziem tępem (rękojeścią noża, zamkniętemi nożyczkami Coopera) przedziera się włókna tego mięśnia i pod nim leżącego mięśnia poprzecznego brzucha, przez co powstała rana w tych mięśniach przebiega prawie pod kątem prostym do rany w mięśniu zewnętrznym. Ranę w mięśniu wewnętrznym i poprzecznym rozwiera się drugą parą haków tępych. Odsłonietą powięź poprzeczną i otrzewnę przecina się również w tym samym kierunku (t. j. poprzecznie), co i mięśnie głębokie brzucha. Rana w otrzewnej jest zaledwie na dwa cale długa; przez rozwarcie jej czterema hakami w rozbieżnych kierunkach, zyskuje się dostateczne miejsce do wyszukania wyrostka robaczkowego. Wyrostek wyszukuje się palcem wskazującym (rzadziej 2-ma palcami), wprowadzonym w kierunku *caput coli;* leży on zazwyczaj na tylnej lub wewnętrznej ścianie końca kiszki ślepej. W razie trudności wyszukania wyrostka, wyciąga się jelito ślepe i postępuje za przednią jego taśmą ku dołowi. Jeżeli wskutek zrostów albo nieprawidłowości w ułożeniu wyrostka wyszukanie jego jest niemożliwe, przedłuża się cięcie ku wewnątrz na mięsień prosty brzucha, odsłania jego przednią powięź, przecina ją, mięsień prosty odsuwa się hakiem tępym ku wewnątrz, następnie przecina się tylną powięź mięśnia w przedłużeniu cięcia w powięzi poprzecznej. W ten sposób uzyskuje się nadzwyczaj dogodny przystęp do wyrostka. Cięcie Mc Burneya ma tę korzyść, że nie przecina się żadnych nerwów, ani ważniejszych naczyń i że mięśnie nie bywają prawie zupełnie uszkodzone, przez co zapobiega się przepuklinom ściennym. Po wycięciu wyrostka zszywa się osobno otrzewnę, osobno mięśnie poprzecznie przecięte, osobno mięsień ukośny zewnętrzny; do wszystkich tych szwów używa się cieniutkiego jedwabiu lub katgutu; powłoki brzuszne szyje się „silkwormem“. Ponieważ mięśnie bywają przedarte tylko w przebiegu ich włókien, przeto bardzo mało szwów wystarcza do ich zbliżenia.

Odszukany wyrostek robaczkowy odcina się w sposób następujący: po ostrożnem oddzieleniu zrostów podwiązuje się jego krezeczkę w kilku pęczkach aż do nasady i przecina pomiędzy podwiązkami. Wyrostek podwiązuje się u nasady przy jelicie ślepem, powyżej podwiązki uciska kleszczykami, odcina, przyżega błonę śluzową termokauterem, obszywa dokoła jelito ślepe szwem kapciuchowym z cienkiego jedwabiu i pogłębia kikut.

Mc Cosh (Presbiterian Hospital w Nowym Jorku) ogranicza się tylko do przypalenia błony śluzowej, nie zakłada szwu kapciuchowego na jelito ślepe; mimo to w przeszło 1000 przypadkach tak operowanych nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego. Inni przyżegają błonę śluzową zamiast termokauterem zapomocą czystego, płynnego, zgęszczonego kwasu karbolowego. (Weir).

Robert Dawbarn (Nowy Jork) zakłada najpierw szew kapciuchowy z cieniutkiego jedwabiu na jelito ślepe w odległości $^1/_2$ cala od nasady wyrostka robaczkowego, odcina wyrostek na $^1/_2$ cala powyżej nasady, ujmuje koniec kikuta cienkiemi szczypczykami i wgłabia kikut do jelita ślepego; równocześnie wiąże szew kapciuchowy i usuwa szczypczyki.

G. H. Edebohls (Nowy Jork) wgłabia cały wyrostek robaczkowy do jelita ślepego i zaszywa jelito ślepe nad pogłębionym wyrostkiem.

Dwa ostatnie sposoby traktowania wyrostka robaczkowego dadzą się — zdaniem mojem — tylko wtedy zastósować, jeżeli wyrostek posiada dość silne ściany, mało zmienione patologicznie i jeżeli nasada jego nie jest przewężona.

Drugi sposób cięcia do usunięcia wyrostka robaczkowego jest to sposób Kammerera, t. j. cięcie na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha, podobne do cięcia

Jalaguiera i Lennandera. Przy tej metodzie przecina się podłużnie najpierw przednią pochwę mięśnia prostego brzucha, następnie odciąga się brzusiec mięśnia prostego hakiem tępym ku wewnątrz, wreszcie przecina się tylną pochwę mięśnia wraz z powięzią poprzeczną i otrzewną. Dalsze akty operacyi są te same, co i przy poprzednim sposobie. Metodzie tej zarzucają, że rani nerwy, przebiegające w mięśniu prostym i prowadzi do zaniku mięśni, a tem samem do osłabienia powłok brzusznych. Zresztą postępowanie dalsze jest podobne, jak przy metodzie Mc Burneya.

Trzeci sposób cięcia, w celu usunięcia wyrostka robaczkowego, jestto cięcie lędźwiowe G. M. Edebohlsa, służące także do równoczesnego wykonania nefropeksyi; sposób ten opiszę przy omówieniu nefropeksyi. Wobec spraw zapalnych naokoło wyrostka, postępowanie nie różni się od przyjętego u nas, zatem prowadzi się cięcia dłuższe i nie uwzględnia się przebiegu włókien mięsnych.

Odjęcia wyrostka robaczkowego (*appendiktomie*) należą do najczęstszych operacyi, wykonywanych w szpitalach amerykańskich. Nieraz widziałem 3 i 4 tego rodzaju operacye, wykonywane jedne po drugich. Często też „apendiktomie" stanowią operacye dodatkowe do laparotomii, przedsiębranych dla innych celów. N. p. w „Presbyterian Hospital" w Nowym Jorku Mc Cosh wykonał w 2 przypadkach apendiktomię cięciem lędźwiowem (Edebohls), zaszył otrzewnę i wykonał zaraz nefropeksyę. Dr. Clarence Webster (Presbiterian Hospital w Chicago) podczas laparotomii z powodu obustronnego ropotoku trąbek macicznych znalazł zrost prawej trąbki i po wycięciu przydatków macicy wyciął na tem samem posiedzeniu z tego samego cięcia wyrostek robaczkowy.

Apendikostomia czyli zużytkowanie wyrostka robaczkowego w celu leczenia uporczywego zapalenia okrężnicy (*colitis*). Praktyczni Amerykanie wyzyskali ten niepotrzebny przydatek ustroju do celów leczniczych. Celem leczenia miejscowego, uporczywego i przewlekłego zapalenia jelita grubego na tle ameb, czerwonki i t. p. polecili dawniej już chirurdzy amerykańscy zakładanie sztucznego odbytu na jelicie ślepem, w celu odwrócenia obiegu drażniącego kału, oraz w celu działania leczniczego na część chorą jelita za pomocą przestrzykiwań antyseptycznych. (Keith w r. 1895 w błoniastem zapaleniu okrężnicy, Murray w 1891 w zapaleniu okrężnicy na tle ameb). Ponieważ jednak sztuczny odbyt w prawej okolicy biodrowej nie daje się łatwo kontrolować i nie daje się tu (na jelicie ślepem) łatwo utworzyć ostroga, zmodyfikowano ten sposób leczenia o tyle, że zamiast sztucznego odbytu, zaczęto zakładać przetokę kałową. Ten sposób leczenia zastósowali chirurdzy wojskowi na Manilli i w Afryce. Wreszcie Bolton na propozycyę Gibsona z Nowego Jorku zmodyfikował tę metodę o tyle, że zamiast zwykłej przetoki założył on przetokę na jelicie ślepem po myśli gastrostomii sposobem Kadera. Przetokę Kadera-Gibsona zużytkował także Weir u chorego z przewlekłą czerwonką, nabytą w Indyach. Po założeniu przetoki na jelicie ślepem i po wprowadzeniu wysoko do odbytnicy grubego sączka przepłókuje się jelito grube ciepłym roczynem fizyologicznym soli kuchennej, 5% roczynem błękitu metylenowego, albo roczynem 1:5000 azotanu srebrowego, lub wreszcie bizmutem w wodzie skrobiowej. Gdy Weir w drugim podobnym przypadku miał zakładać taką przetokę, wstawił mu się w ranę wyrostek robaczkowy o większem świetle i bardzo długi. Nie namyślając się wiele, wszył go w powłoki brzuszne, potem naciął, włożył gruby angielski cewnik, który swobodnie wchodził w światło. Po wyjęciu cewnika podwiązał otwór i opatrzył ranę. Po 2 dniach po zdjęciu podwiązki zaczął przepłókiwać przez cewnik jelito grube z bardzo dobrym skutkiem. Stan ogólny chorego poprawił się, krwawe stolce ustąpiły, liczba czerwonych ciałek krwi zwiększyła się znacznie, a po 2 miesiącach chory wyzdrowiał.

Podczas mojego pobytu w Nowym Jorku Dr. Bull pokazał mi drugiego chorego, leczonego sposobem Weira w Roosevelt Hospital z bardzo dobrym skutkiem; również Willy Meyer wykonał skutecznie tę operacyę. Mojem zdaniem apendikostomii nie będzie można zastósować w każdym przypadku, tylko u chorych, mających odpowiednio długi wyrostek robaczkowy i o świetle większem. W każdym razie ten sposób leczenia uporczywego zapalenia okrężnicy zasługuje na uwzględnienie i dalsze próby, a może nadawać się także będzie do leczenia owrzodzeń kiłowych i rzeżączkowych w jelicie grubem!

Doszczętną operacyę przepuklin pachwinowych wykonują Amerykanie albo sposobem Bassiniego, albo Halsteda (Baltimore). Sposób Halsteda różni się od sposobu Bassiniego głównie tem, że Halsted oddziela sploty żylne od sznurka i wycina je, pozostawiając tylko jedną żyłę i że sznurek nasienny pozostawia na rozcięgnie mięśnia ukośnego brzucha zewnętrznego pomiędzy rozcięgnem, a skórą.

Wobec przepuklin ściennych i pępkowych znaczniejszych rozmiarów wprowadził Willy Mayer wszywanie siatek srebrnych nad bramami przepuklinowemi podług metody Witzela i Göpela i miał uzyskać przez użycie tej metody trwałe dobre wyniki.

Doszczętna operacya przepuklin pępkowych sposobem Dr. Mayo (Rochester, Minnesota). Wychodząc z zapatrywania, że mięśnie proste brzucha przy bardzo znacznych przepuklinach pępkowych z trudnością dadzą się użyć do odbudowy przedniej ściany brzusznej, raz dla znacznego oddalenia ich wewnętrznych brzegów od siebie, powtóre z powodu ścieńczenia ich brzuśca, poleca Mayo użyć do wzmocnienia przedniej ściany brzucha zdwojenia samego rozcięgna mięśni prostych brzucha i użycie szwu z drutu srebrnego. Poleca on poprzeczne eliptyczne odświeżenie pierścienia przepuklinowego, t. j. rozcięgna mięśni prostych, oddzielenie otrzewnej od rozcięgna na znaczniejszej przestrzeni, zaszycie poprzeczne otrzewnej katgutem, nałożenie obu ramion odświeżonego rozcięgna jednego na drugie i zeszycie w ten sposób, że się oba wzajemnie pokrywają. Do zeszycia obu blaszek rozcięgna używa Mayo 3—4 szwów materacowych z drutu srebrnego w ten sposób, że pętle, ujmujące brzeg dolny rozcięgna wciągają ją popod blaszkę górną. Brzeg dolny blaszki górnej naszywa się następnie na blaszkę dolną katgutem.

Na tem miejscu muszę wspomnieć o bardzo prostym sposobie leczenia przepuklin u dzieci, zastósowanym przez A. J. Ochsnera w Chicago. Ochsner uważa powstawanie przepuklin u dzieci jako następstwo spotęgowanej tłoczni śródbrzusznej wskutek nieodpowiedniego odży-

wiania, albo kaszlu, albo stulejki, albo wreszcie wskutek odziedziczonej wiotkości powłok brzusznych. Według Ochsnera 95% przypadków przepuklin u dzieci daje się zupełnie uleczyć przez odpowiednie uregulowanie dyety, usunięcie kaszlu, względnie operacyę stulejki i równoczesne ułożenie dziecka w łóżku na przeciąg sześciu tygodni w ten sposób, że dolną część łóżka podnosi się tak, ażeby z podłogą stanowiło kąt 35°. Tylko w przypadkach, w których 6 tygodniowe ukośne ułożenie w łóżku nie daje się przeprowadzić, zakłada Ochsner odpowiednią pelotę. Podniesienie trwałe dolnego końca łóżka (ukośne ułożenie chorego) sprawia, że worek przepuklinowy opróżnia się trwale z treści, a później zupełnie zarasta. Nawet po odprowadzeniu przepukliny uwięźniętej, które u dzieci zawsze się udaje, wązka brama przepuklinowa u dzieci zarasta po zastósowaniu opisanego ułożenia w przeciągu 4—6 tygodni. Operacyę doszczętną (Bassini, Halsted) stosuje Ochsner tylko wyjątkowo wobec wielkich przepuklin lub wrodzonego zwiotczenia powłok brzusznych wobec przepukliny przyrośniętej. Większość chirurgów amerykańskich wogóle nie wykonywuje operacyi doszczętnych u dzieci w pierwszych latach życia. U dzieci starszych rzadko robi się operacyę doszczętną sposobem Bassiniego, tylko ograniczają się do podwiązania worka i zaszycia rany skórnej. Pojedynczy ten zabieg wystarcza u dzieci do osiągnięcia trwałych uleczeń.

Wobec przedziurawień jelita w durze brzusznym większość chirurgów amerykańskich otwiera jamę brzuszną po stronie prawej na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha dlatego, ponieważ przebicie znajduje się zazwyczaj w dolnym odcinku jelita biodrowego. Miejsce przedziurawienia zaszywa się dwuwarstwowym szwem Lemberta wzdłuż osi jelita; przytem nigdy nie należy się zadawalniać odszukaniem jednego miejsca przedziurawienia, gdyż zazwyczaj bywa ich więcej. Ponieważ wrzody durowe sadowią się czasem i w wyrostku robaczkowym, w każdym przypadku przedziurawienia jelita w durze należy obejrzeć wyrostek robaczkowy i wobec najmniejszych w nim zmian wyciąć. Po zaszyciu miejsca przedziurawienia przepłókują jamę brzuszną wielką ilością ciepłego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, albo rozczynem *hydrogenium peroxydatum* i sączkują jamę brzuszną aż do miejsca przedziurawienia. Wobec przedziurawień większych nie polecają wykonywać wycięcia jelita, lecz radzą pokrywać podobne ubytki płatami, wziętymi ze sieci (omentoplastyka), ażeby módz operacyę wykonać jak najszybciej i uniknąć wstrząsu. Również są przeciwnikami cięć w linii środkowej brzucha i większych wytrzewień, gdyż te ostatnie wywołują silny wstrząs.

Że nawet ogólne zapalenie otrzewnej w następstwie przedziurawień jelita daje się wyleczyć przy odpowiedniem postępowaniu, udowodnił to Murphy świetnymi wynikami operacyjnymi w 6 bezpośrednio po sobie leczonych przypadkach, z których 3 miałem sposobność spostrzegać w „Mercy Hospital" w Chicago. Według Murphyego wynik ogólnego zapalenia otrzewnej jest zależny od następujących okoliczności.

1) Od rodzaju zakażenia: Jeżeli zakażenie nastąpiło przez jadowite paciorkowce, otrzewna jelitowa bardzo szybko bywa pozbawioną nabłonka, a wtedy łatwo następuje wessanie i ogólne zakażenie. Mniej złośliwe gronkowce albo *bacillus coli* nie powodują tak szybko obrażenia nabłonka, przez co toksyny o wiele później (4—6 dnia) przy tego rodzaju zakażeniu bywają wchłonięte i zejście śmiertelne przy tego rodzaju zakażeniu następuje dopiero po kilku dniach;

2) od czasu, który upłynął od przedziurawienia (zakażenia) do wykonania laparotomii. Operacya, wykonana wcześnie, zanim nastąpiło wchłonięcie wypociny ropnej, daje o wiele lepszy wynik, aniżeli późno wykonana laparotomia;

3) od stopnia ucisku ropnego wysięku na otrzewnę. Im ten wysięk pozostaje pod większym uciskiem tłoczni brzusznej, tem szybciej zostaje wchłoniętym; ucisk ten zatem należy usunąć szybkiem wykonaniem laparotomii;

4) od stopnia rozszerzenia w jamie brzusznej produktów zakaźnych. Jeżeli wysięk rozszerzy się na górną część otrzewnej, niebezpieczeństwo jest większe, ponieważ wessanie w górnej części otrzewnej następuje szybciej, aniżeli w dolnej. Dlatego chorych należy utrzymywać w pozycyi półsiedzącej.

5) od podawania antytoksyn lub środków przeciwgnilnych, w celu zmniejszenia działania wchłoniętych toksyn (surowica przeciwpaciorkowcowa, maść Credégo, wstrzykiwania śródżylne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej);

6) od czasu trwania uśpienia i rękoczynów na jelitach.

Murphy postępuje zatem w sposób następujący: cięcie brzuszne prowadzi po prawej stronie na bocznym brzegu mięśnia prostego brzucha. Odszukuje miejsce przedziurawienia i zaszywa je podłużnie do osi jelita; jeżeli idzie o *appendicitis gangraenosa perforativa*, odszukuje wyrostek robaczkowy i wycina go. Miejsca przedziurawienia nawet nie osusza gazą wyjałowioną, tylko wprowadza do niego 2 grube sączki i zaszywa powłoki brzuszne aż do miejsc dla sączków. Chorego utrzymuje ciągle w pozycyi siedzącej pod kątem 35°; opatrunek zmienia często i stosuje maść Credégo. Sześć przypadków w ten sposób leczonych (w jednym rozlane zapalenie otrzewnej po przedziurawieniu durowem; w 5 przypadkach zapalenie otrzewnej wskutek zgorzelinowego zapalenia jelita ślepego z przedziurawieniem), wyzdrowiało!

Murphy kładzie największy nacisk w leczeniu rozlanego zapalenia otrzewnej na zaszycie miejsca przedziurawienia, szybkie wypróżnienie wysięku i sposób sączkowania, t. j. wprowadzenie bardzo grubych sączków, ułożenie chorego w pozycyi siedzącej i częstą zmianę opatrunku. W przypadkach jego, pomimo bardzo cuchnącej wydzieliny przy zmianie pierwszych opatrunków, pomimo zaniechania wszelkich przepłókiwań otrzewnej, we wszystkich przypadkach tak leczonych, nastąpiło wyzdrowienie. Wyniki zatem bardzo zachęcające do stosowania tego postępowania! (Dokończenie nastąpi).

III. Ze szpitala dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie.

Ośm przypadków tężca leczonych wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej.

Podał
Dr. Teofil Hołobut
asystent Zakładu patol. ogólnej Uniw. lwowskiego.

(Dokończenie).

W ten sposób przedstawiłem wszystkie przypadki tężca, leczonego w szpitalu św. Zofii wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej. Wstrzykiwania te powtarzano w poszczególnych przypadkach chorobowych tak długo, dopóki nie nastąpiło widoczne polepszenie. Czas pomiędzy pojedynczemi wstrzyknięciami wahał się od 2 do kilku dni, zależnie od tego, czy sprawa chorobowa mimo wstrzykiwań postępuje dalej, czy też utrzymuje się w jednakowym stanie.

Zawiesinę mózgową przyrządzano zawsze tym samym sposobem; mózg królika 8—12 gramów, wyjęty i opłókany jałowym fizyologicznym rozczynem soli kuchennej, rozcierano dokładnie w moździerzyku, dodając 0·6% jałowego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej w ilości 25—35 ctm. Zważano bacznie na dokładne roztarcie mózgu; rozcieranie z solą kuchenną trwało zawsze przeszło 30 minut i stanowiło jedną z najprzykrzejszych czynności w przyrządzaniu zawiesiny. Po dokładnem roztarciu sączono sporządzoną zawiesinę przez wyjałowioną gazę i wstrzykiwano pod skórę brzucha.

Wstrzyknięcie zawiesiny pod skórę było prawie zawsze bolesne. Bolesność miejsca, w którem ją wstrzyknięto, utrzymywała się nieraz do tygodnia, mimo, że nie można było najczęściej w miejscu tem wykazać nic nieprawidłowego, ani obrzęku, ani zaczerwienienia. Dwa razy tylko, najwyżej trzy razy, zauważono w kilka dni po wstrzyknięciu zawiesiny bolesny guzek, wielkości fasoli; skóra nad nim była niezmieniona. Guzkowate to obrzmienie, jak i bolesność znikały po tygodniu bez jakiegokolwiek leczenia.

Tę bolesność, trwającą dłuższy czas po wstrzyknięciu, tłómaczyłbym sobie tem, że zawiesina, choćby najlepiej przyrządzona, przecież może niezupełnie uledz wessaniu i pozostawić części stałe, które jakkolwiek ulegają później również wessaniu, to jednak przez czas swego w tkance podskórnej pobytu wywołują w niej lekkie aseptyczne zapalenie. Zapalenie to, jakkolwiek mija po kilku dniach zupełnie bez szkody dla ustroju, jednak jest o tyle przykre, że wywołuje ból, a nawet większy odczyn w postaci lekkiego obrzmienia. W przypadku 8, zakończonym śmiercią, nacięto po zgonie oba miejsca, w które wstrzyknięto zawiesinę. W miejscu, gdzie to wstrzyknięcie miało miejsce na 4 godziny przed śmiercią, znaleziono ją, choć w małej ilości, jednak jako zawiesinę. W drugiem miejscu, gdzie zawiesina została wstrzyknięta na 30 godzin przed śmiercią, tam znaleziono tylko nieznaczną ilość masy, przypominającej istotę mózgową zmiażdżoną, która z tkanką otaczającą zostawała w pewnym związku tak, że ją trzeba było dopiero z niej odrywać. Jak z tego widać, nie uległa ona zupełnemu wessaniu i zostawiła części stałe, które drażniąc tkankę otaczającą, mogły wywołać bolesność; a przecież, jak wyżej wspomniano, przyrządzano zawiesinę zawsze bardzo starannie.

Ciepłota ciała po wstrzyknięciach zachowywała się różnie. Tam, gdzie była prawidłową przed wstrzyknięciem, zwykle taką pozostała i nadal; czasami tylko lekko się podnosiła (38·2—38·4°) i albo zaraz opadała do prawidłowej, albo po upływie najczęściej 24—36 godzin. W przypadkach przebiegających z gorączką (2 przypadki) nie zauważono po wstrzyknięciu zawiesiny żadnej zmiany w przebiegu ciepłoty.

Ciekawem było uczucie podmiotowej ulgi, jakiej doznawać mieli niektórzy chorzy po wstrzyknięciu zawiesiny mimo, że najczęściej przedmiotowo nie można było zauważyć żadnego polepszenia i owszem, czasami nawet pogorszenie. Czy rzeczywiście chorzy czuli po wstrzyknięciach ulgę? trudno wiedzieć; być może, że tak było w istocie, bo przecież niepodobna stwierdzić tego, co ktoś odczuwa; z drugiej jednak strony podnieść należy, że wstrzykiwania same, jak wyżej zauważyliśmy, były bolesne. Możnaby więc także przypuszczać, że udawaniem ulgi w cierpieniu chciano się uwolnić od dalszego stosowania wstrzykiwań.

Na 21 wstrzyknięć, wykonanych u wszystkich chorych, raz tylko wystąpił ropień. Najprawdopodobniej jednak w przypadku tym aseptyka nie była należycie zachowaną; zwracano zaś na nią zawsze pilną uwagę nietylko przy wyjęciu mózgu, ale i w przyrządzaniu zawiesiny, jak również w akcie wstrzyknięcia pod skórę. Jak widać z tego, odsetek wystąpienia ropni po wstrzykiwaniach nie jest wcale duży, jeśli tylko się zważa na należyte przyrządzenie zawiesiny.

Jeżeli zapytamy teraz po przytoczeniu powyższych uwag, jaki skutek miało wstrzykiwanie zawiesiny mózgowej w opisanych przypadkach tężca, to sprawa ta przedstawi się nam jak następuje:

Z ośmiu przypadków tężca, leczonych tą metodą, sześć zostało wyleczonych, dwa zaś zakończyły się niepomyślnie. Z pierwszych sześciu, zakończonych pomyślnie, nie o wszystkich można powiedzieć, że były to przypadki o przebiegu lekkim; przeciwnie przypadek, szósty z rzędu, należał do bardzo ciężkich, a siódmy był tak ciężkim, że po drugiem wstrzyknięciu stracono zupełnie nadzieję pomyślnego wyniku; mimo to wstrzykiwano dalej, gdyż nadarzała się sposobność do wypróbowania wpływu wstrzykiwań w przypadku, jak się zdawało, bardzo ciężkim, nawet prawie beznadziejnym. Mimo ciężkości przebiegu, oba zakończyły się pomyślnie, podobnie jak przypadek Schramma (pierwszy z ogłoszonych ośmiu), który również nie należał do przypadków o przebiegu lekkim.

Z niewyleczonych zaś jeden chory został zabrany do domu już po drugiem wstrzyknięciu i tam zmarł w tydzień po wyjściu ze szpitala. Przypadek ten w każdym razie nie był leczony do końca wstrzykiwaniami tak, że niepomyślnego zejścia nie należy w całości zaliczać na karb nieskuteczności wstrzykiwań zawiesiny mózgowej. Drugi przypadek, który również zakończył się śmiercią, należał do przypadków o bardzo silnem zakażeniu; śmierć nastąpiła w 60 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów tężca i w przypadku tym najprawdopodobniej żadne leczenie nie byłoby odniosło skutku. Oba te przypadki wprawdzie zakończyły się niepomyślnie, nie mogą jednak przemawiać za niesku-

tecznością wstrzykiwań zawiesiny; natomiast wyleczone zdawałoby się powinny świadczyć, że wstrzykiwania zawiesiny mózgowej dają dobre wyniki lecznicze i w wyżej opisanych przypadkach rzeczywiście przyczyniły się do pomyślnego ich zakończenia. Taki sąd mógłby być uzasadnionym, jeśliby ocenę skuteczności wstrzykiwań oprzeć li tylko na zejściu sprawy chorobowej. Do innego jednak przekonania przyjdziemy, gdy za podstawę ocenienia skuteczności wstrzykiwań zawiesiny mózgowej będziemy uważali nie zakończenie sprawy chorobowej, lecz sam jej przebieg, a mianowicie wpływ, jaki nań wywarły wstrzykiwania tak pod względem skrócenia choroby, jak i złagodzenia ciężkich objawów tężca.

Przeglądając dokładnie historye chorób, nie możemy pod tym względem zauważyć żadnego wpływu wstrzykiwań. W przypadkach, w których tężec zajmował już wszystkie mięśnie, był więc zupełnie rozwinięty, tam stan, jaki stwierdzono w dniu przyjęcia, utrzymywał się mimo wstrzykiwań długi czas i nie znać tu było żadnego wpływu dodatniego wstrzykiwań, a poprawa, która następowała po dłuższem lub krótszem trwaniu choroby, postępowała w jednakowym stopniu i zupełnie powoli.

W przypadkach zaś, w których tężec w dniu przyjęcia chorego do szpitala jeszcze nie był zupełnie rozwinięty, gdzie zatem jeszcze pewne grupy mięśni nie były nim objęte (przyp. 6, 7, 8), lub gdzie nie było jeszcze napadów kurczów tężcowych, tam można było zauważyć pogarszanie się sprawy chorobowej mimo wstrzykiwań; a więc nietylko, że przebieg choroby był długi i stan się nie poprawiał, lecz owszem zauważyć można było potęgowanie się objawów, towarzyszących chorobie tak, że tężec obejmował dalsze grupy mięśni, albo, że kurcze tężcowe, których dotychczas nie było, występowały z wielką gwałtownością, lub wreszcie kurcze istniejące znacznie się potęgowały.

To pogarszanie się sprawy chorobowej mimo wstrzykiwań spostrzegali i inni autorowie. I tak n. p. Kadyi, ogłaszając przypadek tężca, leczonego tą metodą („Przegląd lek.“ 1899), pisze: „godnem uwagi jest, że bezpośrednio (na 2-gi dzień) nastąpiło tak znaczne pogorszenie, iż nietylko leczonemu, ale i leczącemu odeszła na razie ochota i odwaga do dalszych prób w tym kierunku, a mimo to ostateczny wynik okazał się pomyślnym“.

To pogarszanie się choroby mimo wstrzykiwań tłómaczyłbym sobie w sposób następujący: 1) albo wstrzykiwania zupełnie tu nie działały, a choroba postępowała dalej, nie powstrzymywana zupełnie w swym biegu; albo 2) działanie wstrzykiwań było niedostateczne, by mogły wywrzeć jakiś wpływ na tok sprawy chorobowej. Jeżeli odrzucimy tłómaczenie pierwsze, jako mniej prawdopodobne, a to ze względu, że wykazano doświadczalnie niewątpliwy wpływ dodatni zawiesiny mózgowej na zobojętnienie jadu tężcowego, to pozostanie nam dla wytłómaczenia wspomnianego pogarszania się objawów chorobowych w przebiegu tężca tylko przypuszczenie drugie.

Ta niedostateczność działania zawiesiny mózgowej mogłaby być wynikiem 1) albo tego, że wstrzykiwania były robione w ilości, niewystarczającej do zniszczenia toksyn, albo 2) że zawiesina nie niszczyła wszystkich toksyn, znajdujących się w ustroju, mimo że była w dostatecznej ilości wstrzykniętą, albo 3) że pogarszanie się choroby było wynikiem tego, że działał tu jeszcze jad, który na krótki czas przed wstrzyknięciem zawiesiny złączył się już był z istotą nerwową chorego osobnika, a tylko dla rozwinięcia swego działania potrzebował pewnego czasu (*Latenzstadium*).

Z tych trzech tłómaczeń uważam za najprawdopodobniejsze trzecie, a to dla tego, że owo pogarszanie się objawów choroby występowało w jej początku, a nigdy po dłuższem trwaniu; łatwo więc można sobie wytłómaczyć, że jad, który był już związany z istotą nerwową jeszcze przed wstrzyknięciem zawiesiny, zaczął działać dopiero w pewien czas po jej wstrzyknięciu. Sama zaś zawiesina, nie mając wpływu żadnego na jad, już związany z istotą nerwową mózgu chorego osobnika, nie mogła tem samem wpłynąć powstrzymująco na rozwinięcie się dalsze choroby i długość jej trwania.

Mimo nawet przyjęcia za pewnik, że wspomniane pogarszanie się sprawy chorobowej po wstrzyknięciu zawiesiny było tylko wynikiem działania jadu, związanego z istotą nerwową jeszcze przed wstrzyknięciem, to jednak, jeśli weźmiemy pod uwagę brak wpływu zawiesiny na długość przebiegu choroby i na złagodzenie objawów chorobowych, a dalej i to, że czas, jaki upłynął od chwili zakażenia do chwili wystąpienia pierwszych objawów tężca, był długi, — prawie we wszystkich przypadkach dochodził do dwóch tygodni lub nawet był dłuższy, — co przecież wskazuje na to, że zakażenie nie musiało być bardzo silne, przyjdziemy ostatecznie do przekonania, że dobre wyniki, jakie otrzymano zapomocą wstrzykiwań zawiesiny (uwzględniając same tylko zakończenie sprawy chorobowej) były złudzeniem i że wszystkie przypadki, nawet ciężkie, byłyby się zakończyły korzystnie i bez wstrzykiwań.

Nie entuzyazmując się więc wynikami, otrzymanymi przy użyciu metody wstrzykiwań zawiesiny mózgowej w przypadkach wyżej przytoczonych, nie twierdzę jednak wcale, jakoby metoda ta miała być zupełnie bezwartościową. Wyniki otrzymane przy jej użyciu odnoszę — jak to już zresztą zaznaczyłem wyżej — tylko do przypadków, opisanych przeze mnie; być zaś może, że dalsze spostrzeżenia wykażą, że przecież w przypadkach ciężkich, jednak takich, gdzie ustrój sam dałby sobie radę z jadem już z nim związanym, byle tylko nowego d ń nie doprowadzać, wstrzykiwania zawiesiny, jakkolwiek nie wpłyną na długość trwania choroby i złagodzenie jej objawów, już istniejących w chwili wstrzyknięcia zawiesiny, to jednak powstrzymując dalszy napływ toksyn, uratować mogą ustrój od niechybnej śmierci. By jednak wyrobić sobie o tem jakieś dokładniejsze zdanie, trzeba większej liczby przypadków od znanych dotychczas, jak również bardzo dokładnej obserwacyi.

Z tego więc względu, jak również, że zawiesinę możemy mieć każdego czasu zupełnie świeżą i zupełnie czysto przyrządzoną, dalej — że, jak dotychczasowe spostrzeżenia wykazują, jeśli nie pomaga, to w każdym razie nie szkodzi, następnie i ten wzgląd, że nie posiadamy dotychczas żadnego środka przeciw tężcowi, któryby dawał wyniki zupełnie dobre, a więc stał wyżej od zawiesiny mózgowej, przypuszczam, że użyciu jej w leczeniu tężca nie stoi nic na przeszkodzie, że więc może i powinna być częściej stosowaną, niż się to dotychczas dzieje.

Na zakończenie składam podziękowanie prof. Drowi Schrammowi, jak również zastępcy prymaryusza Drowi

Czarnikowi za zezwolenie korzystania z materyału szpitalnego i chętnie udzielane mi wskazówki.

IV. Wyciągi.

Rostowcew. **Przebieg ciepłoty u chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego.** (*Russkij Wracz*, 1003, Nr. 40). Na podstawie badań stopnia ciepłoty o różnej porze doby u 52 chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego przychodzi Rostowcew do wniosku, że w ciężkich przypadkach tej choroby najwyższa ciepłota występuje nie o g. 4—6 popołudniu, jak to ma miejsce zwykle, lecz o g. 9—10 wieczór. W lekkich przypadkach *maximum* ciepłoty o tej porze okazało się zaledwie w 36%, w cięższych przed operacyą w 60 prc., po operacyi 45·6 prc., wreszcie w bardzo ciężkich z zejściem śmiertelnem w 65·1 prc., więc prawie dwa razy częściej, niż w przypadkach lekkich. Ciepłota o godz 5—6 wiecz. u chorych na zapalenie wyrostku robaczkowego nieraz jest prawidłową lub tylko nieco podniesioną, tymczasem o godz. 9—10 wieczorem przedstawia wysokie liczby, nadające przebiegowi gorączki typ gnilny; w tych razach operacya stwierdzała istotnie obecność ropnia. Wobec podobnego zachowania się ciepłoty trzeba przyznać, że ma ono doniosłe znaczenie dla rokowania i dalszego przebiegu choroby w zapaleniu wyrostka robaczkowego, jak również dla powzięcia postanowienia do wykonania zabiegu operacyjnego.

Witold Orłowski (Ptbg).

Bornstein. **Czy leczenie tuczące jest potrzebne?** (*Muenchener med. Wochenschrift*, Nr. 51, 1903). Autor na zasadzie swych wyczerpujących i starannie przeprowadzonych doświadczeń zupełnie zarzuca wszystkie sposoby sztucznego tuczenia w celu szybszego podniesienia wagi ciała, obiera natomiast drogę jednostronnego i systematycznego podawania miernych ilości białka, najmniej jednak pod postacią mięsa; o ile ono bowiem jest użyteczne w małych, a odpowiednich ilościach, o tyle jest wręcz szkodliwe w wielkich, skutkiem zawierania w sobie istot wyciągowych. Trzeba tylko przyklasnąć Müllerowi, który powiada, że tuczenie bynajmniej nie polega na podawaniu nadmiernej ilości mięsa; tem postępowaniem można jedynie wywołać gościec. Leczenie, względnie metoda, przez Bornsteina stosowana, da się określić mniej więcej w następujący sposób: Choremu dozwala się spożywać wszystkie pokarmy, do jakich dotychczas przywykł, z codziennym jednak dodatkiem 50 grm. białka w najrozmaitszej postaci; najlepiej nadaje się tutaj nutroza lub tani, a znakomity plasmon, również tani roborat, a jeszcze tańszy aleuronat. Chorym majętnym można podawać sanatogen, który atoli pod względem swej siły odżywczej niczem się nie różni od plasmonu lub nutrozy. Można zresztą obejść się i bez tych wszystkich przetworów, stosując miękkie sery, jaja, chude mleko i t. d. Do tej zwiększonej ilości istot białkowatych należy dodawać przetwory żelaza, w szczególności pigułki żelazowo-chinowe i nieco ruchu i gimnastyki pokojowej. Takie proste postępowanie da się łatwo wszędzie przeprowadzić; nie potrzeba żadnych zabiegów wodoleczniczych lub prądu elektrycznego, a wyniki dotychczas otrzymane równają się bezsprzecznie najlepszym wynikom ogólnie dziś używanego leczenia tuczącego. Chorym znacznie wychudzonym lub niespokojnym można ostatecznie zalecić metodę Weir-Mitchella; tożsamo w przypadkach nerki wędrującej, w których dla jej podtrzymania potrzebna jest większa ilość tłuszczu.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Behring. **Powstawanie suchot i walka z gruźlicą.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 6). Behring występuje przeciw teoryi, utrzymującej, że gruźlica płuc u ludzi powstaje wskutek wdychiwania powietrza, zawierającego prątki gruźlicze. Twierdzenie Mitulesku, który w pracowni Kocha wykazał, że 30% książek i pism, branych z wypożyczalni, zawiera prątki gruźlicze i na podstawie tego twierdzi, że człowiek zdrowy, czytając takie książki, może się zarazić gruźlicą, uważa B. za nieudowodnione tak samo, jak ogłoszone przez Knopfa z Nowego Jorku zachorowanie urzędników jednego biura przez zarażenie się od kolegi, cierpiącego na gruźlicę. By udowodnić te twierdzenia, przytacza zdrowych czytelników w wypożyczalniach książek, oraz zdrowych laryngologów, codzień narażanych na wdychiwanie prątków gruźlicy. Zdaniem autora człowiek w wieku dziecięcym zaraża się gruźlicą drogą jamy ustnej. Gruźlica ta dostaje się do gruczołów chłonnych, w nich się rozwija — i może pozostać w utajeniu, działając później tylko usposabiająco dla nowego zakażenia. Usposobienia do gruźlicy człowiek nie odziedzicza, lecz rozpoczyna się ono w chwili zakażenia prątkami gruźlicy w wieku niemowlęcym, zatem każdy człowiek ma jednakowe usposobienie do nabycia gruźlicy, gdyż wszystko zależy od sprzyjających okoliczności. Zmiany w budowie i rozwoju ustroju, uważane dotąd jako usposabiające do gruźlicy, są tylko następstwem i objawem gruźlicy utajonej. Sposobność więc do zakażenia się gruźlicą rozstrzyga, czy człowiek ma mieć usposobienie, czy też nie. Wstrzykując zwierzętom podskórnie hodowle gruźlicze, nie otrzymujemy nigdy obrazu analogicznego z gruźlicą ludzką, prędzej już drogą wdychiwań, chociaż i wtedy nie powstaje gruźlica pierwotnie przez zakażonie miąższu płucnego, lecz z ust drogą naczyń chłonnych, gruczołów szyjnych i zaoskrzelowych, czyli w ten sam sposób, jak gdybyśmy wstrzyknęli hodowlę gruźliczą do języka. W ten sposób zakażone zwierzęta nie dają jednak obrazu ogniskowej gruźlicy z tworzeniem się jam i t. d., jak u człowieka; chcąc osiągnąć ten objaw, trzeba zwierzęta zakażać przez długotrwałe karmienie ich osłabionymi prątkami i to w niewielkiej liczbie, jak to autor wraz z Römerem wykonali, karmiąc świnki morskie mlekiem krów, chorych na gruźlicę wymion, częściowo tylko odkażanem formaliną; świnki takie padały wskutek gruźlicy, rozwijającej się najpierw w gruczołach szyjnych, a po zropieniu ich drogą chłonną w płucach, gdzie powstawały jamy i t. d. Tak samo i u człowieka gruźlica płuc jest ostatnim okresem zakażenia w wieku niemowlęcym. Chcąc więc zwalczać gruźlicę, trzeba się starać, by prątki gruźlicze nie dostawały się do ust oseskÓw i by w mleku, dawanem oseskom, było dość ciał, niszczących prątki gruźlicze. Gotowanie mleka niszczy te ciała, więc nie powinno się dawać mleka gotowanego, lecz surowe, z zastrzeżeniem, że szczepieniem przeciwgruźliczem krów otrzymamy mleko, wolne od prątków gruźlicy. W celu zaś, by mleko nie psuło się od chwili dojenia aż do użycia, wystarczy dodanie, zaraz po dojeniu, formaliny 1:10.000. Mleko takie działa zabójczo nietylko na prątek okrężnicy, lecz i na prątki durowe i powinno być także stosowane w leczeniu chorych na dur. *H.*

Gerasimowicz. **Wymioty krwawe w przebiegu zapalenia otrzewnej.** (*Russkij Wracz*, 1903, N. 46). Na podstawie piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń, dotyczących zapalenia wyrostka robaczkowego, przyszedł G. do wniosku, że krwawe wymioty, spostrzegane w tem schorzeniu, prawie wyłącznie występują tylko w razie powikłania jego z zapaleniem otrzewnej, wyłączając te przypadki, w których one powstawały wskutek zatoru naczyń żołądka drobnoustrojami, więc drogą ropnicy. Wymioty krwawe, towarzyszące ogólnemu gnilno-ropnemu zapaleniu otrzewnej, są pochodzenia toksycznego; toksyny, według autora, bywają wchłaniane przez krew z jamy otrzewnowej, nie zaś z wyrostka rob., jak mniema Dieulafoy. Dostając się do krwi, toksyny wywołują zmiany w ścianach naczyń ustroju; naczynia żołądkowe ulegają oprócz tego zmianom wskutek porażenia nerwów naczynio-ruchowych żołądka, oraz miejscowych objawów zastoinowych i podniesienia ciśnienia krwi. Działanie wszystkich tych czynników skupia się i prowadzi do powstania *per diapedesin* mnóstwa nader drobnych wybroczyn krwawych, a następnie i do nadżerek. Nic więc dziwnego, że wymioty krwawe mają bardzo złe znaczenie pod względem rokowania w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Najczęściej spostrzegano je u dzieci.

Witold Orłowski (Ptbg).

Babkin. **Utajony stan steapsyny.** (*Russkij Wracz*, 1903, N. 46). Badając na psach stan zaczynu tłuszczowego w soku trzustkowym, przekonał się autor, że zaczyn ten wydziela się czasami w stanie nieczynnym, tak jak to już stwierdzono dla zaczynu białkowego tegoż soku. Zjawiska te spostrzegało się zwykle w soku ubogim w zaczyny i zawierającym zaczyn białkowy w stanie utajonym. Z tego stanu utajonego zaczyn tłuszczowy przechodzi w stan czynny, jeśli do soku doda się żółci, która odgrywa względem steapsyny tę samą rolę, jaką enterokinaza względem zymogenu trypsyny. Po spożyciu mleka lub mięsa steapsyna wydziela się odrazu w stanie czynnym, po spożyciu chleba zaczyn tłuszczowy występuje, poczynając od godziny drugiej, zawsze w stanie utajonym; również wlewanie 0·5 prc. kw. solnego sprowadza obfitą wydzielinę soku, zawierającą zaczyn tłuszczowy w stanie nieczynnym.

Witold Orłowski (Ptbg).

Ostmann. **Stosunek przewodnictwa powietrznego i kostnego u ludzi z prawidłowym słuchem do próby Rinnego.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 58, 1903). O. badał 52 ludzi z zupełnie prawidłowym słuchem. Za pomocą strojnika *c* określał najprzód przewodnictwo przez powietrze, wyrażając je w liczbie sekund. w ciągu których był słyszalny strojnik; następnie w ten sposób określał przewodnictwo kostne i powietrzne przy próbie Rinnego. Okazało się, że w pierwszym przypadku otrzymuje się zawsze dla przewodnictwa powietrznego liczby wyższe, niż w drugim, innemi słowy, przy próbie Rinnego dla przewodnictwa powietrznego nigdy nie otrzymujemy bezwzględnej wartości; wartość ta, według

O., jest przeciętnie o 9 sekund mniejsza. Dlatego też O. zamiast próby Rinnego radzi badać osobno przewodnictwo powietrzne i przewodnictwo kostne i porównywać otrzymane wartości.

Dr. Teofil Zalewski.

Ostmann. **Wpływ zaburzeń w przewodnictwie dźwięku jednego ucha na wynik próby Rinnego w uchu drugiem.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 57). Autor przeprowadził doświadczenia swoje na 32 żołnierzach, którzy okazywali zupełnie prawidłowy słuch i u których stwierdzono badaniem wziernikiem zupełnie prawidłowe stosunki. O. badał ucho prawe po szczelnem zamknięciu ucha lewego i otrzymał następujący wynik. Przy próbie Webera, zostawiając otwartem ucho lewe, ton nie lokalizuje się specyalnie w jednem lub drugiem uchu; po zamknięciu ucha lewego w 30 przypadkach lokalizował się w uchu lewem. Próba Rinnego wypadła dodatnio przed, jak i po zamknięciu ucha lewego; wynik jednak tak co do przewodnictwa kostnego, jak i powietrznego, był różny u pojedynczych osób. Po zamknięciu ucha lewego w znacznej ilości przypadków następuje przedłużenie przewodnictwa kostnego i skrócenie przewodnictwa powietrznego; tylko w małej liczbie przypadków zamknięcie ucha lewego nie miało widocznego wpływu na przewodnictwo ucha prawego.

Dr. Teofil Zalewski.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Przyczynek do leczenia krztuśca. Dr. H. Kittel donosi o wynikach, jakie osiągnął zapomocą arystochininy podczas dosyć silnej epidemii krztuśca. Z początku stosował zwykłe środki: antypirynę, wilczą jagodę, bromoform i inne przetwory bromowe, oraz siarkan i garbnikan chininowy. Przetwory chininowe zawsze oddawały mu jeszcze najlepsze usługi, choć stosowanie ich łączyło się niekiedy z znacznemi trudnościami. Chętnie polecał później arystochininę, którą podawał dzieciom poniżej 1 roku 3 r. tyle centygramów, ile liczyły miesięcy, aż do 0·1; starszym aż do 3 r. dziennie po 0·2. Podawanie z wodą lub mlekiem nie przedstawiało trudności, a szkodliwego działania ubocznego K. nigdy nie zauważył. Leczenie trwało 10 dni do 4-ch tygodni. więc w porównaniu z innymi lekami o wiele króciej, co szczególnie w krztuścu ważną odgrywa rolę. — Nadzwyczaj uderzającym był skutek u dzieci poniżej 1 roku. Tu następowało wyzdrowienie stosunkowo najszybciej. U dzieci starszych działanie było nie tak uderzające, co głównie zależy od zbyt małych dawek. Szczególnie wdzięcznem okazało się leczenie przy rozpoczynającym się krztuścu, w którym arystochininą niejako przerwano sprawę chorobową (leczenie poronne). Zawsze K. stwierdzał rzeczywiście znakomity wpływ na poprawienie łaknienia, co wpływało na poprawę ogólnego stanu sił tak, iż już to samo dostatecznie usprawiedliwia stosowanie arystochininy. Do tego dołącza się zaleta, cenna szczególnie w praktyce dziecięcej, że dzieci zażywają lek ten bez trudności. Na podstawie tego uważa K. arystochininę za znakomite wzbogacenie skarbca leczniczego. (*Therap. Monatshefte*, sierpień, 1903). *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 3 lutego 1904 r.

Przewodniczący kol. prof. Nowak. Obecnych członków 32.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. doc. Lemberger z upoważnienia Komisyi przemysłowolekarskiej okazał i omówił szereg przetworów leczniczych i dyetetycznych, a mianowicie: wino borówkowe wyrobu Dra Mogilnickiego, *pastilli jodo-ferrati* wyrobu aptekarza Jahra, *pastilli c. nitroglycerino* wyrobu aptekarza Bartmańskiego, surogat kawy wyrobu apt. Łuczki, pieczywo dyetetyczne z fabryki Gurgula i kefir wyrobu p. Lipińskiej.

Na wnioski kol. prof. Jakubowskiego, prof. Bujwida i doc. Lembergera uznano jednogłośnie przetwory te za godne polecenia.

III. Kol. prof. Raczyński wygłosił odczyt: »O etyologii czerwonki epidemicznej z uwzględnieniem dwóch epidemii, panujących w Galicyi w r. 1903«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi podnosi kol. Gertler, że sprawa aglutynacyi prątków czerwonki (Shigi) zapomocą surowicy swoistej została w ostatnich czasach nieco zachwianą przez pracę W. H. Parka. Wykazał on mianowicie, że surowica konia wcale nieuodpornionego prątkami czerwonki, aglutynowała prątki czerwonki w bardzo wysokim stopniu (1:1000), a zatem znacznie wyżej. aniżeli surowica ozdrowieńców po przebyciu czerwonki. Surowica zaś kóz, uodpornionych prątkami Shigi, miała aglutynować inne pokrewne prątki w większym stopniu, niż prątki, użyte do uodpornienia zwierząt.

Kol Eisenberg zwraca się przeciw wywodom kol. Gertlera, starającym się osłabić znaczenie rozpoznawcze aglutynacyi swoistej. Przytoczone spostrzeżenie Parka dowodzi tylko, że należy być ostrożnym w uznawaniu swoistości odczynu (czemu łatwo zaradzić przez stwierdzenie wzrastania odczynu wśród uodporniania). bynajmniej zaś nie dotyczy znaczenia rozpoznawczego odczynu. Właśnie dla rozpoznania klinicznego czerwonki, jak również dla utożsamienia bakteryi czerwonki, aglutynacya ma wielkie znaczenie. przyczem jednak, jak to stwierdził Lentz, należy stosować surowicę zwierząt wysoko uodpornionych (siła agl. ponad $^1/_{300}$), gdyż surowice słabsze mogą w równym stopniu działać na bakterye Shigi, jak i na blizko z niemi spokrewnione bakterye typu Flexner Manila. Ze spostrzeżeń Flexnera, Stronga, Duvala, Jürgensa wynika, że obraz kliniczny nagminnej czerwonki może być wywołany przez dwa blizko pokrewne typy bakteryi (Shiga i Flexner Manila), w czem objawia się znowu, że pewien obraz chorobowy może być po prostu wyrazem odczynu grupowego spokrewnionych bakteryi, jak to już wiemy co do duru prawdziwego i rzekomego i gruźlicy prawdziwej i rzekomej. Ważnem jest dla kliniki, że według Duvala i Basseta, Hissa i Russella i M. Wollsteina bakterye drugiego typu zdają się wywoływać t. zw. biegunki letnie dzieci.

Kol. Droba: W dyskusyi otwarto pytanie, czy drogą hodowli możliwą jest rzeczą określić, że prątek otrzymany jest rzeczywiście identyczny z prątkiem Shigi. Otóż opierając się na pracy Hetscha (*Centrlblt. f. Bakt. Bd. XXXIV Nr. 6 1903*) można zapomocą pożywki, sporządzonej na zasadzie pożywki Barsiekowa przez tegoż autora, lub na podstawie tej samej pożywki, sporządzonej tylko w nieco odmienny sposób przez Doerra, zmodyfikowanej w zakładzie prof. Nowaka w odpowiedni sposób, określić. że się ma do czynienia z prątkiem czerwonki, a nie pseudodyzenterycznym. Na podstawie porównawczego badania wyżej przytoczonego autora 13 szczepów prątków czerwonki i 18 prątków czerwonki rzekomej okazało się. że wszystkie prątki czerwonki zachowują się zupełnie jednakowo w tej pożywce. a mianowicie, że pożywki tej zupełnie nie zmieniają, podczas gdy prątki rzekome zmieniają ją, bądźto wytwarzając gazy. bądź zmieniając oddziaływanie alkaliczne na kwaśne, bądź też strącając sernik, słowem sprowadzają zmiany wpadające w oczy. Tak jak te prątki czerwonki, zachowują się jedynie *bacillus pseudodysenteriae I i bacillus pseudodysenteriae* Strauch, ale pierwszy różni i się od prawdziwych szczepów tem, że jest ruchomy i mąci serwatkę Petruschkyego, a drugi, że wytwarza w bulionie indol i rośnie inaczej na agarze skośnym, dając gruby cuchnący pokład. Dobrym, jeżeli nie najczulszym, odczynnikiem dla oznaczenia prątków czerwonki i odróżnienia ich od innych podobnych drobnoustrojów jest pożywka, podana przez Endo, dla odróżnienia prątka durowego od okrężnicowego i zastosowana w zakł. prof. Nowaka przez podstawienie zamiast laktozy—mannitu, do wyróżnienia prątka czerwonki. Zasada, postawiona przez Lentza i Martiniego, że stopień aglutynacyi 1:400 i 1:500, osiągnięty zapomocą swoistej wysokowartościowej surowicy jest najpewniejszym sposobem do rozróżnienia prątków czerwonki od pseudodysenterycznych, nie zdaje się być zupełnie pewną. I tak Kruse w jednej z najnowszych prac utrzymuje, że prątek Flexnera, szczep pochodzący z wysp Filippiny, wykluczony na podstawie aglutynacyi przez Lentza i Martiniego, jest jednak identyczny z prątkiem Krusego i Shigi. Do tego przekonania doszedł Kruse na podstawie doświadczeń, robionych na zwierzętach z jego surowicą leczniczą W doświadczeniach tych wspomniany prątek zachowywał się zupełnie tak, jak prątki czerwonki, wyosobnione w Niemczech. Francuscy autorowie Vailland i Dopter uważają również prątki Flexnera i Stronga, wykluczone przez Lentza i Martiniego, za identyczne z prątkami czerwonki, wyhodowanymi przez nich w przypadkach epidemii w Vincennes i z prątkiem Shigi.

W przypadkach, badanych przez kol. prof. Raczyńskiego, su-

rowica chorych na czerwonkę aglutynowała w równym stopniu szczep krakowski i złoczowski, wyhodowane przez kol. prof. Raczyńskiego, a także szczep Krusego i Shigi, jakie zakład miał do porównania. Podobnie zachowywała się surowica królików, szczepionych jednym z wspomnianych szczepów, aglutynowała wszystkie cztery szczepy w równym stopniu, nie aglutynując innych drobnoustrojów, jak *bacterium coli*. Surowica królików zdrowych nie dawała aglutynacyi ze szczepami czerwonki.

Zestawiając wszystkie cechy, przedstawione przez kol. prof. Raczyńskiego i opierając się na porównawczych badaniach Hetscha, o których wyżej była mowa, można stwierdzić, że szczepy krakowski i złoczowski, wyhodowane przez kolegę prelegenta, są identycznymi z prątkami Shigi i Krusego Tyle co do kwestyi identyczności gatunkowej.

Inną po części jest sprawa, czy szczepy kol. prelegenta były przyczyną czerwonki w badanych przypadkach. Tu ostatnią wyrocznią jest doświadczenie na zwierzęciu, a więc pytanie, czy się otrzymało u zwierząt, użytych do doświadczeń przez kol. prof. Raczyńskiego obrazy kliniczne i zmiany anatomiczno-patologiczne analogiczne do tych, jakie się spotyka w czerwonce ludzkiej. Przedstawiony preparat anatomiczny jelit, pochodzący z królika, szczepionego śródotrzewnowo szczepem krakowskim i padłego po 8 miu dniach wśród typowych objawów klinicznych i preparaty histologiczne z tychże jelit przemawiają za tem niedwuznacznie.

Dalej omawia kol. Droba sposoby powstawania i szerzenia się epidemii czerwonki. Dla ilustracyi przytacza opis Doerra powstania dwóch epidemii w Bruck w latach 1898 i 1902. W obu powyższych epidemiach dało się wyśledzić źródło ich powstania. I tak w epidemii roku 1898 przyczyną był wodociąg, prowadzący wodę ze studni, dostępnej wówczas dla wszystkich. Wodociąg ów zaopatrywał koszary gdzie mieszkała część wojskowej załogi; koszary drugie, w których mieszkała reszta załogi i szpital wojskowy miały swe własne studnie. Gdy wybuchła epidemia czerwonki w koszarach, zaopatrywanych wodą wodociągową i między robotnikami, pracującymi około studni wodociągowej i czerpiącymi stamtąd wodę, nie przypuszczano początkowo, by w wodzie wodociągowej tkwiła przyczyna epidemii. Pozamykano studnie szpitala wojskowego i doprowadzono tu także wodę wodociągową. Z tą chwilą pojawiła się w szpitalu epidemia, której tam dotąd nie było. Wtedy zrozumiano, że przyczyną jest wodociąg: zamknięto go, dostarczono innej wody i epidemia wygasła. Woda w studni wodociągowej zakażoną była, jak to wykazano, przez chore cygańskie dzieci, które tu kąpano. Druga epidemia w r. 1902 zawleczoną była przez oddział wojska, przeniesiony do Bruck z Wiener-Neustadt, gdzie panowała wówczas czerwonka. Można było dokładnie śledzić, jak epidemia szerzyła się promienisto dokoła baraku, w którym był ów oddział pomieszczony. Niebezpieczne źródło epidemii mogą stanowić przypadki czerwonki przewlekłej, przebiegającej niekiedy niespostrzeżenie. Ciekawy przypadek w tym kierunku podają bakteryologowie, zajęci badaniem epidemii czerwonki w Doeberitz r. 1901. Żołnierz, który przebył w Doeberitz ostrą czerwonkę, urlopowany następnie jako uleczony, cierpiał dalej na lekką biegunkę, do której nie przywiązywał żadnej wagi. Żołnierz ten, jak to dostatecznie wykazano, był źródłem epidemii w okolicy, gdzie był urlopowany.

W odpowiedzi na niektóre szczegóły, poruszone w dyskusyi zaznacza wreszcie kol. Droba, że wobec pięknego dodatniego wyniku doświadczeń na zwierzętach, sprawa aglutynacyi swoistą wysokowartościową surowicą stała się kwestyą obojętną. Rzecz toczyła się bowiem głównie o to, czy szczepy, wyosobnione przez kol. prof. Raczyńskiego, są rzeczywiście przyczyną czerwonki, a tu doświadczenie na zwierzęciu jest ostatecznie rozstrzygającem. Co się tyczy samej aglutynacyi, to należy tu raczej podnieść to, że ta może dawać cenne wskazówki w klinicznem rozpoznawaniu czerwonki, gdyż jak dotąd nie stwierdzono, by surowica zdrowych lub różnie chorych ludzi aglutynowała prątki czerwonki. I tylko ta okoliczność obniża wartość rozpoznawczą aglutynacyi, że występuje ona w wyższych stopniach dopiero w późniejszych okresach choroby.

Kol. Przewodniczący wspomina o badaniach swych nad etyologią czerwonki, przeprowadzonych wspólnie z kol. prof. Ciechanowskim. Badania te dały o tyle wynik dodatni, że odmówiły stanowczo znaczenia etyologicznego tym drobnoustrojom, którym wówczas, przed wykryciem prątka Shigi, znaczenie takie ogólnie przypisywano.

IV. Kol. Eisenberg demonstruje:

1) Odczyn precypitynowy z płynami z puchliny brzusznej (*ascites*), przechowywanymi w zakładzie higieny od lat 7, 5 względnie 4. Mimo dodatku chloroformu, rozkładającego, jak wiadomo, ciała swoiste, surowica królika, uodpornionego przeciw surowicy ludzkiej, daje z tymi płynami bardzo wyraźne strąty. Spostrzeżenie to dowodzi, że w danych warunkach próba sądowo-lekarska pochodzenia krwi może w pewnych warunkach nawet po tak długim czasie dać wynik dodatni (*vide* spostrzeżenia Uhlenhutha).

2) *Panophthalmitis*, wywołaną przez zastrzyknięcie małych ilości *b. subtilis* do ciała szklanego oka króliczego. Wbrew twierdzeniu Kaysera zwykły pracowniany szczep okazał się tu równie skutecznym, jak dwa szczepy, wyhodowane przez Silberschmidta z przypadków *panophthalmitis* u człowieka. Ciekawe jest spostrzeżenie, że surowica takiego królika aglutynuje w swoisty sposób odnośny szczep (aż do $^1/_{300}$), co mogłoby posłużyć do rozpoznania etyologicznego tych przypadków u człowieka. (Streszczenia własne).

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 lutego 1904 r.

Przewodniczący: R. Dw. prof. L. Rydygier. Obecnych członków: 40.

I. Przewodniczący odczytuje list Komitetu, urządzającego Wiec, mający na celu obmyślenie środków zaradczych przeciw zepsuciu młodzieży szkolnej. Tow. lek. lwowskie postanawia bez dyskusyi wziąć udział w obradach Wiecu przez swych delegatów, Prof. W. Łukasiewicza i Dra J. Kossaka.

II. Przewodniczący odczytuje list Dyrekcyi Wystawy przyrodniczo-lekarskiej, która ma być urządzoną podczas X Zjazdu lekarzy i przyr. polskich.

III. Przewodniczący oddaje pod głosowanie wniosek Doc. Dra P. Kučery: »Z dobrowolnych składek członków Tow. lek. lwow. ustanawia się nagrodę (ewent nagrody) w wysokości 200 koron. Nagrodę tę otrzyma ten z kolegów, który, będąc po doktoracie najpóźniej sześć lat, wygłosi w Tow. lek. lw. najlepszy wykład na dowolny temat Nagrodę udzielać się będzie przed świętami Bożego Narodzenia na wniosek zarządu Tow. lek. lw., który może sobie ewent. dobrać do pomocy doradzców specyalistów«. Wniosek uchwalono.

IV. Kol. Dr. St. Eljasz-Radzikowski mówi na podstawie doświadczeń z kliniki lekarskiej lwowskiej, o stosowaniu i wartości t. z. *Typhusdiagnosticum Frickego*. Wykład będzie ogłoszony drukiem.

V. Kol. Dr. A. Zawadzki przedstawia przypadek białaczki rzekomej u 14 letniej dziewczyny, który tem się wyróżniał, że 1) nie było niedokrwemości; 2) nie było leukocytozy, lecz przeciwnie leukopenia; 3) limfocyty odsetkowo były zmniejszone; 4) gruczoły nigdzie nie powiększone. Przypadek ten jest jeszcze nadto zajmującym z tej przyczyny, że zakończył się śmiertelnie skutkiem posocznicze go zapalenia otrzewnej, dla którego nawet sekcya nie wykazała punktu wyjścia.

W dyskusyi przemawia kol. Doc. Dr. Wiczkowski.

VI. Kol. Dr. A. Rydygier przedstawia 1) chorą *M. P.* l. 17 z mięsakiem okostnowym kości ramieniowej prawej, nie nadającym się do operacyi z powodu przerzutów w odległych gruczołach szyjnych. Strzępy tkanki, aspirowane grubą igłą, oglądane pod mikroskopem, wykazały utkanie, właściwe mięsakowi drobno-okrągło-komórkowemu. Po 20-krotnem naświetleniu promieniami Röntgena, każdym razem po 5—10 minut, aż do wywołania zapalenia skóry, guz zmniejszył się znacznie, a w dalszym ciągu znikł niemal całkowicie. 2) Chorą *K. D.* lat 53 z nabłoniakiem nosa nawrotnym i nie nadającym się do operacyi. I w tym przypadku po röntgenoterapii, stosowanej w sposób analogiczny jak i poprzednio, owrzodzenie zabliźniło się całkowicie. 3) Chorą *A. H.* l. 32, dotkniętą twardzielą nosa. W tym przypadku również naświetlanie promieniami dało wynik wcale pomyślny.

W dyskusyi przemawiają kol. R. D. Prof. Rydygier (sądzi, że röntgenoterapię stosować się winno jedynie w przypadkach nowotworów, nie nadających się do operacyi doszczętnej); kol. Prof. W. Łukasiewicz (widział również dobre wyniki w nabłoniakach po naświetleniu promieniami R.) i Prof. Ziembicki.

Dr. Herman, sekretarz doroczny.

VII. Poglądy lekarzy starożytnych na przyczynę, przebieg i leczenie raka.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

III.

Soranus i Moschion.

Z natury rzeczy przypadalaby teraz kolej na Soranusa i na jego poglądy o powstaniu i leczeniu raka. Soranus poświęcił rakowi jeden rozdział, a mianowicie dwudziesty trzeci drugiej księgi swojego podręcznika dla położnych[42]). Obok tego rozdziału, jak wynika z jego napisu, zajmującego się wyłącznie rakiem, był jeszcze według wszelkiego prawdopodobieństwa — jeżeli na Moschionie polegać możemy — i drugi rozdział, w którym Soramus miał sposobność wspominać okolicznościowo o zwyrodnieniu rakowatem. Mam tu na myśli rozdział dwudziesty drugi księgi drugiej wspomnianego podręcznika[43]). Żaden z dwóch wymienionych rozdziałów nie doszedł nas niestety. Uzupełnić zaś obydwóch tych rozdziałów lub przynajmniej do pewnego stopnia trafić w tok myśli Soranusa na podstawie utrzymanych części jego podręcznika nie można, gdyż słowo „χαρχίνωμα“ nigdzie zresztą w nim nie znajduje się. Pewne uzupełnienie moglibyśmy w tym kierunku znaleźć u Caeliusa Aureliana, który tak wiernie naśladował Soranusa. Niestety i jego rozdziały, odnoszące się do chorób kobiecych, zaginęły, a z nimi i to, co Soranus ogłosił o raku; w dziele zaś o chorobach ostrych i przewlekłych[44]) nie wspomina o raku. Nie pozostaje więc nic innego, jak rozglądnąć się nieco dokładniej w innym autorze, który równie pozostał Soranusowi, t. j. w Moschionie[45]). Nie wchodząc bliżej w sprawy, czy dzieło jego miało być tłómaczeniem, czy też plagiatem, lub nadzwyczaj wiernem tylko naśladowaniem dzieła Soranusa, możemy śmiało twierdzić na podstawie porównania utrzymanych rozdziałów Soranusa z tem, co znajdujemy u Moschiona, że co do zapatrywań na raka mamy w Moschionie wiernie oddane zapatrywania Soranusa. Zastanowić się tu mamy nad dwoma rozdziałami[46]), mając zawsze na uwadze, że Moschion mówi jedynie o raku macicy.

Co się tyczy przyczyn powstawania raka, nie wypowiada Moschion swego zdania. Tu nam jednak pomocnym może być do pewnego stopnia sam Soranus. Drogą wyłączeń możemy bowiem dojść do wniosku, że nie uznawał nagromadzenia się nadmiaru soków. W zaufaniu swojem do natury nie przypuszczał wogóle, by ona stworzyła kobietę w ten sposób, żeby jej potrzebnem było oczyszczanie się. Skoro więc miesiączka wogóle nie jest potrzebną do utrzymania zdrowia, trudno wierzyć w szkody, wynikające z jej braku, a w dalszem następstwie przypisywać jej brakowi wpływ na powstanie raka[47]). Domyślać jedynie się możemy, że Soranus uważa wrzody macicy, jako usposabiające ją do osiedlania się w niej raka. Innych przyczyn nie można się nigdzie u Moschiona dopatrzeć.

Objawy, towarzyszące cierpieniu, są następujące: bole głowy, oczodołów i karku; bole rozpromieniające się od narządu zajętego ku częściom i narządom sąsiednim, a nawet i bardziej odległym, jak ku nerkom, żebrom i pępkowi. Bole te zwiększają się zwłaszcza przy oddechaniu, które wogóle jest utrudnione. Występuje brak łaknienia, a nawet i wstręt do jedzenia, i co zatem idzie, ogólne wyniszczenie ustroju, dreszcze, zimne poty, brak snu, pewne znużenie i przygnębienie chorych. Z pochwy wydobywa się raz treść płynna, cuchnąca, innym znowu razem krew lub czarna posoka. Przedmiotowo można wybadać guz twardy, jeżeli rak zajął część pochwową, lub też można go czasem i nie znaleźć, gdy się rozwinął w samej macicy.

Pod względem anatomicznym rozróżnia Moschion raka wrzodziejącego (*cum vulnere*) i takiego, który przebiega bez owrzodzeń. Nadto istnieje dla niego rak powierzchowny i ukryty. Jako kryteryum, czy mamy z jednym lub drugim rodzajem cierpienia do czynienia służy okoliczność, czy on jest dla leków i dla palca lekarza przystępny, czy też nie. W rozwoju guza istnieją dwa okresy, mianowicie: okres rozrostu (*accessio*) i okres rozpadu (*dialimma*). Obydwa te okresy różnią się pomiędzy sobą bardzo znacznie objawami a poznanie ich jest konieczne ze względu na pomoc, jaką w drugim razie przynieść można i należy.

Co się tyczy czasu trwania choroby i widoków dla chorych, to z tego, co Moschion powiada, wynika, że się bardzo pesymistycznie zapatrywał na to cierpienie. Nigdzie nie wspomina o żadnym przypadku wyleczenia, a najwyżej, co leczeniem osiągnąć można, jest usunięcie niektórych przypadów bardzo przykrych dla chorych, oraz pewne przedłużenie życia. „. . . . . *si mulier in totum curari non potuerit vel non gravissimis doloribus torquebitur, et sine tormento diutius vivere potest*[48]).“ Leczyć należy miejscowo i ogólnie. Wyjątek pod tym względem stanowi jedynie rak ukryty, który dla bezpośredniego leczenia nie jest dostępny. To też należy tego rodzaju chorym podawać jedynie leki na wewnątrz, gdyż lekarz, chcący bezpośrednio zadziałać na część chorą, nie osiągnie tego, a zadrażni jedynie i narazi na szkodę sąsiednie części zdrowe.

Leczący musi rozważyć, czy ma do czynienia z rakiem wrzodziejącym, czy też nie i, co najważniejsze — w którym okresie nowotwór się znajduje. Dla pierwszego okresu charakterystyczne są przypady żołądkowo-jelitowe, jak wymioty i rozwolnienia, a obok tych i kaszel. W drugim okresie ustępują te objawy, co przynosi chorym ulgę. Zadanie lekarza i kierunek jego działania określają przedewszystkiem te przypady, domagające się gwałtownie usunięcia. Należy więc w okresie rozwoju nowotworu podawać leki łagodzące i ściągające, a w miarę potrzeby takie środki, jak ciepły olejek różany, sok babki lub cykoryi i to sam lub zmieszany z winem, w którem wygotowano liście róż, koniczynę lub len. Leki te, jak i wiele innych, można podawać wewnętrznie lub też odpowiednio przygotowane, przyłożyć jako gałki bezpośrednio na część chorą. Obok leków poleca się przesiadywanie w parówce lub naparzanie, ograniczając działanie pary jedynie na część chorą. W drugim okresie należy chorego wzmacniać. Teraz jest też czas, kiedy należy przeprowadzić tak zwane leczenie „metasynkrytyczne“ (χύκλος μετασυγκριτικός). Leczenie to polegało w zasadzie na całkowitej przemianie składników ustroju (συγκρίσεις) i przestworów (πόροι) i było prawie wyłącznie dyetetycznem. Przystępowano do niego zazwyczaj po poprzedniem przygotowaniu chorych. Porządek zaś, którego przestrzegano, był tego rodzaju, że rozpoczynano od postu już pierwszego dnia. Drugiego dnia wykonywali chorzy rozmaite ruchy, namaszczano ich i dawano im do spożycia trzecią część tego, co zazwyczaj spożywali. Trzeciego dnia dodawano do tej porcyi znowu trzecią część, a podobnie i czwartego tak, że chory tym sposobem wracał do swej zwykłej dyety. Po tej próbie przygotowawczej rozpoczynało się właściwe leczenie. Początek stanowił trzydniowy post, po którym chorzy zwolna, bo już w ciągu trzech dni wracali do tej ilości pokarmów, do jakiej byli przyzwyczajeni, przyczem nie szczędzono im rze-

[42]) Sorani gynaeciorum ed. Rose l. II cap. XXIII. »Περὶ χαρκινωμάτων ἐν μήτρᾳ«.

[43]. Tamże: »Περὶ τῶν ὑστέρας ἑλκῶν«.

[44]) Caelii Aureliani Siccensis »De morbis acutis et chronicis lib. VIII Amstaledami 1755.

[45]) Gynaecia Muscionis ed Rose. Lipsiae 1882.

[46]) Gynaec.: Muscionis, lib II, cap. XXII et. XXIII.

[47]) Sorani gyn. lib. I, cap. VI 27 i 28.

[48]) Gyn. Muscionis lib II, cap. XXIII.

czy korzennych ostrych, jak kaparki, musztarda, niedojrzałe śliwki i cebula. Podczas tych trzech dni dozwalano na wykonywanie ruchu i to tem energiczniejszego, im więcej spożywano jadła. Gdy w ten sposób nie osiągnięto pożądanego skutku, podawano chorych t. zw. kuracyi wymiotnej, do której ich przygotowywano przez podawanie wody w wielkiej ilości w ciągu jednego dnia i zalecanie pokarmów tłustych. Po trzy- lub czterokrotnem wymiotowaniu, pozwalano ofiarom jeden dzień odpoczywać, poczem znowu im podawano środki wymiotne. Po tych przychodziła znowu kolej na spokój, podczas którego kazano chorym znowu spożywać takie pożywki ostre, jak rzodkiew, musztarda, pieprz, ocet i t. d. Równocześnie stosowano bańki, plastry smolne i t. d. tak długo, dopóki nie wywołano zaczerwienienia skóry, lub też nacierano w tym celu skórę sodą i kąpano chorych [49]).

IV.

Aretaeus [50]).

Jeżeli w tem miejscu dajemy głos eklektykowi Aretaeusowi, zwolennikowi szkoły pneumatycznej, lecz obdarzonemu zmysłem bardzo krytycznym, to dzieje się to nie w tym celu, żebyśmy chcieli przez to mniej więcej określić wiek jego działalności i zaznaczyć nasze stanowisko w tej spornej sprawie, lecz czynimy to jedynie, trzymając się utartego już porządku.

Aretaeus zastanawia się nad rakiem jeden tylko raz przy sposobności roztrząsania chorób macicy [51]). Z określenia, jakie o cierpieniu tem podał wynika, że rak jest wrzodem lub guzem twardym, stawiającym opór wszelkim zabiegom, niszczącym narząd zajęty. Przyczyną jego przynajmniej wtedy, gdy nagabuje części rodne kobiece, bywają wrzody, w początkowych okresach częstokroć wcale niewinne. Tę przyczynowość należy rozumieć w ten sposób, że Aretaeus rozróżnia w rozwoju wrzodów macicy trzy okresy: w pierwszym okresie, polegającym jedynie na złuszczeniu się nabłonka, nie mają one żadnego dla ustroju ważniejszego znaczenia, tembardziej, że wydzielają tylko nieznaczną ilość ropy. Przykrzejsze stają się wrzody już w okresie drugim, kiedy ilość wydzielającej się ropy staje się większą; a najprzykrzejsze i najniebezpieczniejsze w trzecim okresie, t. j. w okresie rakowacenia. Najwybitniejszą cechą tego okresu, jest wyżerający charakter wrzodu, który wydziela posokę cuchnącą i żrącą; jest bolesny, powoduje zniszczenia straszne w narządzie zajętym i wyniszczenie ogólne, gorączkę, uczucie strachu, a jednocześnie nie okazuje dążności do zagojenia się. „. . . . . μὴ εἰς ωτειλὴν ἰὸν μήκιστον· κτάνει τόδε. χρόνιον γίνεται κά τα· τόδε καὶ φαγέδαινα κικλήσκεται“ [52]). W miarę dłuższego trwania choroby, wypełniają się żyły dookoła narządu zajętego, cierpienie przenosi się na otoczenie, powodując i w niem rozpad. Gdy forma raka jest guzkowata, natenczas niema owej przykrej wydzieliny. Co się tyczy przebiegu raka, to Aretaeus uważa go za cierpienie nieco dłużej się wlokące, co już z tego wynika, że się nad niem zastanawia w księdze o chorobach długotrwałych (*de morbis diuturnis*). Zresztą sam to wyraźnie przyznaje, że przebieg cierpienia jest dosyć powolny, lecz zawsze prowadzi do śmierci. Czas trwania choroby zależy od rodzaju raka. Już z objawów, jakie towarzyszą dwom odmianom raka, wynika, że inaczej przebiega rak wrzodziejący, a inaczej forma jego guzkowata. Wydzielina bowiem posokowata, żrąca i cuchnąca nie może pozostać bez wpływu na resztę ustroju, zwłaszcza jeżeli się ma na myśli, jak to czyni Aretaeus, raka macicy. Dlatego też rak wrzodziejący daje stanowczo gorsze rokowanie, tak ze względu na bole, jak i na przebieg. „. . . . . τὰ αὐτὰ δὲ ἄμφω τὰ καρκινώδεα καί χρόνια καὶ ὀλέθρια. πολλὸν δὲ τὸ ἕλκος τοῦ ἀνελκώτου, κάκιον καὶ ὀσμῇ καὶ πόνοισι καὶ ξωρῇ καὶ θανάτῳ“ [53]).

Co się tyczy ostatecznego wyniku, to lekarz powinien zawsze z chwilą rozpoznania raka rokować źle, gdyż cierpienie to powoduje bezwarunkowo śmierć chorego.

Co do stanowiska, jakie Aretaeus po rozpoznaniu cierpienia wobec niego zajmuje, jesteśmy niestety skazani na domysły, gdyż nas nie doszedł odpowiedni rozdział jego „sposobów leczenia chorób długotrwałych.“ Najbliższymi jednak prawdy będziemy, jeżeli przyjmiemy, że Aretaeus zajmował stanowisko wyczekujące. Doświadczenie go bowiem pouczyło, że już każde dotknięcie części schorzałej, jakoteż nie mniej i stosowanie środków leczniczych powoduje znaczne bole, a w każdym razie pogorszenie. „. . . . . ψαύσεσί τε καὶ φαρμάκοισι, καὶ χαλέπαίνει πως καὶ ἰητρίῃ. . . . .“ [54]).

(Dok. nast.)

[49]) Sorani gyn., lib. II, cap. I i Caelii Aurelian', morb chron., lib· I, cap I.

[50]) Opera omnia ed. Kühn. Lipsiae 1828.

[51]) De causis et signis morborum diuturnorum l. II, cap. XI, „de uteri morbis“.

[52]) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II, cap. XI, str. 165.

[53]) Ibidem str. 166.

[54]) Ibidem.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości wykaz dotychczas zgłoszonych wykładów:

Sekcya matematyczno-fizyczna (I):

1) Dr. Ł. E. Bötcher: Ogólny rzut oka na teoryę równań funkcyjnych.

2) M. Huber: Nowsze prace około podstaw teoryi wytrzymałości.

3) Prof. Dr. Z. Krygowski· O rozwijaniu funkcyi hypereliptycznych na szeregi Fouriera.

4) Prof. Dr. W. Láska: O postępach seizmologii.

5) Prof. Dr. A. Witkowski: O rozszerzalności wodoru.

6) Dr. K. Zakrzewski: O powierzchni van der Waalsa.

7) Tenże: O położeniu osi optycznych w cieczach odkształconych.

Prócz tego zastrzegli sobie wykłady: Dr. A. Deńczot, Dr. M. Erns, Prof. Dr. Dziwiński, Prof. Dr. Rudzki, Prof. Dr. Silberstein, Prof. Dr. Smoluchowski i Prof. Dr. Puzyna.

Sekcya mineralogii, geologii i t. d. (III):

1) Prof. Dr. R. Zuber (Lwów): Flisz i nafta.

2) Prof. Dr. E. Dunikowski (Lwów): O przyszłości górnictwa naftowego w Karpatach.

3) Prof. Dr. W. Friedberg (Lwów): Fauna warstw mioceńskich w okolicy Tarnobrzega.

4) Prof. Dr. T. Wiśniowski (Lwów): Z geologii okolic Dobromila.

5) Doc. Dr. J. Grzybowski (Kraków): O stosunkach geologiczno-tektonicznych Borysławia.

6) Doc. Dr. W. Teisseyre (Lwów): O pokładach naftonośnych w Rumunii.

Sekcya anatomiczno-zoologiczna (IV):

1) Dr. E. Flatau (Warszawa): O drogach piramidalnych (z demonstracyami).

2) J. Ejsmond (Warszawa): Z badań cytologicznych.

3) J. Tur (Warszawa): Badania porównawcze nad wczesnymi okresami rozwoju u gadów i ptaków.

4) Dr. K. Kwietniewski, doc. Uniw. w Padwie: Badania nad macicą męską u gryzoniów.

5) S. Czerski (Lwów): O listkach zarodkowych u owadów.

6) Tenże: Przyczynki do anatomii mięczaków różnonogów.

7) J. Hirschler (Lwów): Badania nad regeneracyą poczwarek motyli.

8) J. Tokarski (Lwów): Badania nad przegrodą językową i w związku z nią znajdującymi się narządami u ssaków.

9) L. Bykowski (Lwów): Przyczynki do znajomości opon mózgowych u ryb.

10) Prof. Dr. J. Nusbaum (Lwów): Badania nad regeneracyą wieloszczetów.

11) Tenże: Przyczynki do anatomii ryb kostnoszkieletowych.

12) W. Schreiber (Tarnopol): Przyczynki do kwestyi regeneracyi u ryb.

Sekcya przyrodniczo-rolnicza (VI):

Tematy obrad: 1) Sprawa wyższego wykształcenia rolniczego ref. Prof. Dr. W. Klecki (Kraków).

2) Metodyka doświadczeń rolniczych polowych, ref. Prof. Mikułowski-Pomorski (Dublany).

Wykłady:

1) Dr. Wize: O grzybkach owadobójczych.

2) Dr. Pawlik (Dublany): Wydatność pracy robotnika rolnego w stosunku do rodzaju pożywienia.

3) Dr. J. Kosiński (Chojnowo): O heliodynamografie własnego pomysłu (z demonstracyami).

Nadto wykłady zastrzegli: Prof. Dr. Rogójski i Prof. Dr. Jentys (Kraków).

Sekcya techniczna (VII):

1) Dr. J. Blauth (Lwów): Wpływ osuszania mieszkań i gruntów.

2) W. Gorecki (Lwów): O rzeźni miejskiej we Lwowie.

3) Prof. J. Lewiński (Lwów): Higiena mieszkań.

4) J. Obmiński (Lwów): Higiena domów robotniczych,

(C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 10 marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, miał wykład kol. prof. Bujwid „O doświadczeniach nad gruźlicą ludzką u bydła“

* Wydział gospodarczy X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich rozesłał obszerniejsze umotywowanie tych powodów, które go skłoniły do powzięcia w d. 2 marca b. r. uchwały, odraczającej Zjazd i Wystawę do czasu, w którym ogólne położenie polityczne umożliwi jego odbycie.

* Doc. Dr. Ludomił Korczyński otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

* Komitet wykonawczy Instytutu zapomogowego dla wdów i sierot po lekarzach, istniejący przy Związku austryackich Towarzystw lekarskich w Wiedniu, zwołał w niedzielę (6 b. m.) zgromadzenie delegatów, na którem pp. Dr. Svetlin, Dr. Loew i Dr. Adler zdali sprawę ze swych usiłowań. Szczegółów z tego posiedzenia jeszcze nie mamy; atoli pewną już jest rzeczą, że powiodło się Komitetowi zjednoczyć Towarzystwa lekarskie w Austryi, że roczna zapomoga rządowa jest już zapewniona i że wydatne kwoty wpłyną z własnych zabiegów tak, że rozdział zapomóg rozpocznie się prawdopodobnie już w końcu roku bieżącego lub w początkach przyszłego. Do Instytutu tego wpisani zostali wszyscy członkowie obu Izb galicyjskich, a szczegóły i warunki tego należenia zostały ogłoszone przez prezydenta Izby zachodnio-galicyjskiej, Dr. Walczyńskiego, w N. 2-gim »Sprawozdań z czynności Izb lekarskich galicyjskich«.

* Liczba lekarzy, powołanych przez rząd rosyjski na azyatycki plac wojny, jest bardzo znaczoa: z samego Królestwa Polskiego pojedzie przeszło 300, z Petersburga 110, z Odesy przeszło 100. Nie mniej prawdopodobnie powołano i z innych okręgów. Przeważna część udała się do Mandżuryi, innych skierowano do Turkiestanu.

* Dr. Józef Zduń obchodzi d. 19 b. m. pięćdziesiątą rocznicę otrzymania dyplomu doktorskiego. Sędziwemu jubilatowi przesyłamy serdeczne życzenia długiego jeszcze żywota, przyświecającego zawsze przykładem nieskazitelności i pracy.

* Dr. Langie zawiadamia nas, że na konkurs literacki, ogłoszony przez redakcyę »Głosu lekarzy« na tematy o położeniu materyalnem różnych grup lekarzy, wpłynęło 7 prac, które rozpatruje sąd konkursowy, złożony z Dr. Festenburga, prof. Kadyja, Dr. Mańkowskiego, Dr. Meyera, Dr. Wątorka i prof. Ziembickiego. Orzeczenie i nagrodzenie najlepszych prac nastąpi już w tych dniach.

* Komitet paryski, przygotowujący międzynarodowy Kongres dla walki z gruźlicą, którego termin był oznaczony na październik b. r., wystąpił z wnioskiem odraczającym o rok jeden, a to z powodu, że w r. bieżącym w tymże czasie odbywać się będzie wystawa międzynarodowa w St. Louis, oraz że w tem mieście zbierze się właśnie w październiku międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy.

* Zarząd sanitarny departamentu Gard wyznaczył lekarzom taksę za szczepienie w wysokości 25 centymów od osoby. Szczepienie ma się odbywać w mieszkaniu szczepionego i za to wynagrodzenie (25 centymów) ma lekarz odbyć po 8 dniach drugą jeszcze wizytę dla kontroli. Zatem jedna wizyta wypada po $12^1/_2$ centymów, a 1 centym równa się mniej więcej jednemu halerzowi. Wiadomość tę wyczytaliśmy w Nr. 14 »La Presse médicale«, a podajemy ją ze względu na rozpowszechnione u nas mylne przekonanie, że tak złych warunków, w jakich pracują lekarze galicyjscy, chyba żaden kraj nie posiada. Nie mniej mylnem jest przekonanie lekarzy naszych o dobrobycie lekarzy rosyjskich: znakomity rosyjski psychiatra, prof. Sikorskij, ogłosił przed 10 laty rozprawę o samobójstwach w Rosyi, z której wypadło, że ze wszystkich zawodów najwięcej samobójstw popełniają lekarze. Prof. Sikorskij nie pozostawił tego faktu statystycznego bez wyjaśnienia: według niego główną i jedyną przyczyną tak częstych samobójstw lekarzy w Rosyi jest niezadowolnienie z życia, spowodowane niedostatkiem, uniemożebniającym zaopatrzenie się w to wszystko, czego wymaga serce i umysł człowieka z wykształceniem uniwersyteckiem. Na podstawie najwiarogodniejszych liczb utrzymuje prof. Sikorskij, że przeciętny dochód lekarza rosyjskiego wynosi 600 rubli rocznie. Wielu kolegów w Galicyi zdziwi się, gdy się dowie, że prymaryusze szpitalni w Królestwie gorzej są płatni, niż sekundaryusze w Galicyi, a niektórzy z nich, ludzie znani w nauce i piśmiennictwie, pełnią obowiązki prymaryuszów zupełnie bezpłatnie. Więc zgoda zupełna na to, że u nas źle się dzieje, ale fakty przytoczone świadczą, że nie gorzej, niż gdzieindziej i że tak jak u nas, tak na Zachodzie i Wschodzie Europy stan lekarski przechodzi krytyczne czasy i wszędzie walczy o lepsze jutro.

* Liczba słuchaczek medycyny w uniwersytetach szwajcarskich przewyższa liczbę słuchaczów, których jest w roku bieżącym 763 na 891 kobiet.

* »Deutsche medic. Wochenschrift«, dowiaduje się, że na opróżnioną katedrę prof. chirurgii w Dorpacie otrzymał zaproszenie docent dr. Lesser, warszawianin, stale przebywający w Lipsku.

* Między 16 a 22 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), skałackim (3 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Rille, prof. nadzwyczajny dermatologii w Lipsku, mianowany został prof. zwyczajnym. Dr. Krawkow, prof. nadzw. farmakologii w Petersburgu, mian. został prof. zwyczajnym. Dr. Kenwood mian. prof. higieny w Londynie. Dr. Langley mian. prof. fizyologii w Cambridge. Dr. Szymański z Królewca mian. został kierownikiem strassburskiego zakładu dla doświadczeń nad zwalczaniem duru.

Nekrologia. Dr. Erazm Vlasák, prymaryusz szpitala na »Kral. Vinohradech«, spółredaktor »Časopisu lék. českých«, redaktor »Věstnika«, organu Izb. lekar. czeskich, mąż wielce zasłużony w piśmiennictwie lekarskiem, orędownik czeskich ideałów społeczno-narodowych, zakończył nagle życie d. 1 marca b. r. w Pradze, licząc lat 40. Nawiązane ze zmarłym stosunki podczas Zjazdów w Krakowie i Pradze dały nam poznać w ś. p. Vlasáku człowieka czynu, rozumu i zapału, owianego względem nas uczuciem braterskiem. Dzielimy szczerze żal kolegów czeskich po tej niepowetowanej stracie, bo i my tracimy w zmarłym serdecznego brata. Dr. Magnus Blix, fizyolog szwedzki, zmarł w 55 r. życia. Samuel Letz, magister chirurgii, zmarł we Lwowie.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Z. 3. Biegański: Neo-witalizm współczesnej biologii (c. d.). Kramsztyk: Ogłoszenia w pismach lekarskich. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* Z. 2. Sieradzki: Badania nad precypitynami. Świtalski: O neuromach

właściwych rdzenia i ich patogenezie. Dąbrowski: O mannicie i ptomainach w prawidłowym moczu ludzkim. Z. Orłowski: Wpływ arsenu na rozwój i skład chemiczny »Aspergilli nigri«. Piasecki: Wpływ pewnych rodzajów pracy mięśniowej na rytm serca.

Z. 4: Kodis: Fillody i ich układ w ziarnistej warstwie móżdżku. Bikeles: Wyniki badania patologiczno-anatomicznego dwóch przypadków urazowego uszkodzenia rdzenia lędźwiowego.

— *Kronika lekarska* Nr. 4. Andrzejewski: Krwotoczność zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych (dok.). Niedzielski: Amputacya międzyłopatkowo-piersiowa (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 9. Żeleński: O niedokrewności wieku niemowlęcego z obrzmieniem śledziony (dok.). Hertz: Gruźlica dziąseł (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 5. Przymus leczenia. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych. — Ambulatorya bezpłatne. — Organizacya prasy lekarskiej. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych — Odezwa do lekarzy więziennych. — Ustawy i rozporządzenia sanitarne. — W sprawie tłumienia epidemii. — Korespondencye. — Odcinek.

— *Gazeta lekarska* Nr. 9. Koelichen: O przewlekłem postępującem porażeniu zewnętrznych mięśni oczów Biernacki: O rzekomem krwiotwórczem działaniu arszeniku (dok.). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 3. Zarzycki: O kanalizacyi m. Lwowa.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 3. Gerżabek: O znaczeniu pozycyi Walcherowskiej w położnictwie. Przewoski: Działanie naftaliny w chorobach pęcherza.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 2. Spilka: Fickerowo typhusdiagnosticum a reakce Gruber-Widalova. Hynek: O ankylostomiase.

— *Sbornik klinický* Nr. 3. Libenský: Dorsálni auskultace srdečni a jeji diagnostický význam. Sitta: Alimentarni laevulusorie při organických chorobách jater. Vanýsek: Přispěvek ku kasuistyce chronické otravy sirouhlikiem.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 9. Prokop: Vzácný připad zumyslného sebezraněni pyje. Heida: Narkosa inhalačni.

— *La Presse médicale* N. 16. Od redakcyi: Uczczenie prof. Boucharda. Lavarenne: Rada municypalna m. Paryża Sprawozdanie ogólne budżetu opieki społecznej na rok 1904.

N. 17: Rosenthal: Niedodma, leczenie jej gimnastyczne i ćwiczenia w oddechaniu. Diffloth: Sprawa mleka z punktu zootechnicznego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 9. Römer: Wpływ prądu galwanicznego na jad tężcowy, na antytoksynę tężcową i na jad i antytoksynę zmieszane razem. Behring: Odpowiedź na powyższy artykuł. Stern i Korte: Wykazanie bakteryobójczego odczynu w surowicy krwi chorych durowych. Arrhenius: Przyczynek do teoryi połączeń toksyny z antytoksyną. Ehrlich: Tymczasowe uwagi nad doniesieniem Arrheniusa: »Przyczynek do teoryi wzajemnego nasycenia się toksyn i antytoksyn«. Plachte: »Megaloerytema« nagminna. Rzętkowski: Przyczynek do sprawy osmotycznego parcia wysięków i przesięków.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 9. Stiassny: Działanie urazu niższych stopni zimna na rany pokryte ziarniną, jako przyczynek terapeutyczny. Knöpflermacher: Cukrzyca pokarmowa i obrzęk śluzakowy. Kurt Frank: Przewlekła pląsawica postępująca Mann: Przyczynek do nauki o padaczce korowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 9. Znachodzenie się lewulozy w wodzie płodowej. Schottelius: Bakteryologiczne badania odrowego zapalenia spojówek. Rüdel: Odrowa osutka na błonie śluzowej Credé: Podskórne odżywianie białkiem. Brüning: Wrodzony jednostronny olbrzymi rozrost. Friedemann: Krwiak czaszkowy u starszych dzieci. Boseck: Działanie atropiny w mechanicznej niedrożności jelit. Klaussner: Sprawozdanie z chirurgicznego oddziału monachijskiej uniwersyteckiej polikliniki za r. 1903. Fehling: Owaryotomia u kobiet ciężarnych. Kraft: Narzędzia do zdjęć röntgenograficznych dla użytku lekarzy praktyków. Fromherz: Jak żyć można w Egipcie? Becker: Egipt a gruźlica. Köster: Osobliwe zaburzenie środkowego czucia smaku (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 9. Schmidt: Postrzał śrutem a tężec przyranny. Bachauer: Tarcza zastoinowa po urazie czaszki. Hampeln: Ton tętniczy w łuku tętniczym dłoni. Schütze: Niwecznik przeciw rozczynowi steapsyny. Dungern: Przyczynek do poznania stosunków ilościowych przy łączeniu jadu błoniczego z surowicą przeciwbłoniczą (dok.). Brasch: Leczenie gruźlicy hetolem.

Nr. 10: Hoffa: Znaczenie tkanki tłuszczowej dla patologii stawu kolanowego. Reckzech: Analiza niemiarowego tętna. Körmöczi i Jassniger: Zużytkowanie inoskopii Jousseta. Korn: Kurczowe zwężenie odźwiernika i rozstrzeń przepuszczająca. Tourneau: Trzy przypadki tężca. Eller: Przypadek przepukliny oponowej po porodzie kleszczowym. Schanz: Zmienność gonokoków Schütze: Niwecznik przeciw rozczynowi steapsyny (dok.).

Redakcya otrzymała. Sprawozdanie krakow. ochotniczego Towarzystwa ratunkowego z czynności w r 1903 — Bogdanik: Przypadek przebicia macicy przy zbrodniczem spędzaniu płodu.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 9 (od 28/II do 5/III) **urodziło** się dzieci: żywo: chł. 38, dz. 30; nieżywo: chł. , dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 20, kob. 18; zamiejscowych: męż. 17, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 5. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob. 2. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej 10, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 3, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem** miej. 38. obcych 29.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 16 marca, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Bier mówić będzie: „O zasadach oświetlania szkół i higienicznych metodach fotometryi". Prelegent uzupełni wykład demonstracyami.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 554.

Konkurs.

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Mrzygłodzie z płacą roczną 1200 koron, ryczałtem na objazdy rocznie w kwocie 700 koron, tudzież ewentualnie dopłatą przez pierwszych 5 lat, od mianowania licząc po 300 koron.

Okręg w Mrzygłodzie obejmuje następujące miejscowości: Mrzygłód, Liszna, Tyrawa solna, Wola krecowska, Siemuszowa, Holuczków, Tyrawa wołoska, Rakowa, Hłomcza, Łodzina, Dębna, Międzybrodzie, Trepcza, Dąbrówka polska, Dąbrówka ruska, Żabłotce, Czerteż, Srogów dolny, Srogów górny z Jurowcami i Popielami, Falejówka, Raczkowa, Sanoczek, Płowce — z ludnością 12.563 głów i obszarem 155.02 klm.

Podania o tę posadę należy wnieść do Wydziału powiatowego w Sanoku w przeciągu 30 dni, zaopatrzone w świadectwa.

1) dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej przez c. k. lekarza powiatowego;

2) że petent posiada prawo obywatelstwa austryackiego;

3) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) nieskazitelnego charakteru;

5) znajomości języków krajowych;

6) świadectwa praktyki przynajmniej dwuletniej w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Mrzygłodzie będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Z Wydziału Rady powiatowej
w Sanoku dnia 3-go marca 1904 roku.

L. 337.

Konkurs

Wydział Rady powiatowej w Żywcu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Jeleśni.

Posada ta na razie prowizorycznie zostanie nadaną.

Do okręgu sanitarnego należą następujące miejscowości powiatu Żywieckiego:

Jeleśnia, Koszarawa, Przyborów, Korbielów, Krzyżowa, Sopotnia wielka, Sopotnia mała, Juszczyna, Przyłęków, Świnna, Pewel wielka, Pewel mała, Hucisko, Mutne i Rychwałdek z ludnością 16.890 dusz.

Lekarz okręgowy pobierać będzie płacę z funduszów powiatowych, wynoszącą rocznie 1200 koron, płatną przez Wydział powiatowy w ratach miesięcznych z góry i ryczałt na koszta podróży, ustnnowiony przez Wydział krajowy rocznie w kwocie 600 k.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego, musi posiadać warunki, wymagane § 7 ust. z d. 2 lutego 1894 r. N. 17. Dz. u. kr.

Obowiązki lekarza okręgowego są bliżej określone w instrukcyi służbowej, wydanej przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym na zasadzie § 14 powyżej powołanej ustawy.

Prócz tego będzie miał lekarz okręgowy obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Dotyczące podania należy wnosić najpóźniej do dnia 1-go kwietnia 1904 r. do Wydziału Rady powiatowej w Żywcu.

Wydział Rady powiatowej.

Żywiec, dnia 25 lutego 1904.